



Violência física entre parceiros íntimos e ganho de peso inadequado durante a gestação


Rogéria Batista Flor ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7404-4052>


Alessandra Silva Dias de Oliveira ³

 <https://orcid.org/0000-0002-3232-5868>

Emanuele Souza Marques ²

 <https://orcid.org/0000-0002-8633-7290>

Maria Helena Hasselmann ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-3106-1522>

^{1,3,4} Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Departamento de Epidemiologia. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua Francisco Xavier, 524. 7º andar, Bloco D. Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20.550-013. E-mail: emanuelesm.ims@gmail.com

Resumo

Objetivos: avaliar a associação entre violência física entre parceiros íntimos (VFPI) e o ganho de peso gestacional (GPG) inadequado.

Métodos: estudo seccional composto por 554 mulheres que compareceram a quatro Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, entre 2005 e 2009. O GPG foi calculado através da diferença entre o peso final da gestação e o peso pré-gestacional. Para a mensuração da VFPI foi utilizada a versão em português da Conflict Tactics Scales (CTS-1). A análise dos dados se baseou em modelos de regressão logística multinomial, estimando-se razões de chance e respectivos intervalos de 95% de confiança para as associações entre as variáveis de interesse.

Resultados: a prevalência de VFPI menor e grave foi 31,6% e 16,3%, respectivamente. Quase dois terços das mulheres apresentaram GPG insuficiente ou excessivo. Após o ajuste do modelo, observou-se que a presença de VFPI aumentou em 1,66 (IC95%=1,05-2,64) vezes as chances de GPG insuficiente, em comparação aos casais que não vivenciaram este tipo de violência. Em relação ao GPG excessivo as associações com VFPI não foram estatisticamente significantes.

Conclusões: mulheres que vivenciam a VFPI têm maiores chances de apresentarem GPG insuficiente. Nessa perspectiva, o pré-natal passa a ser um serviço fundamental para o rastreamento de violência doméstica e suas possíveis repercussões.

Palavras-chave *Ganho de peso, Gestação, Violência entre parceiros íntimos*



Introdução

A avaliação do ganho de peso gestacional (GPG) é um indicador amplamente utilizado nos serviços de saúde, bem como nos estudos epidemiológicos para o acompanhamento do estado de saúde da gestante.¹ O GPG inadequado é um importante problema de saúde pública mundial, e suas consequências podem gerar prejuízos à saúde tanto a gestante quanto ao bebê.²

A literatura aponta alguns fatores que podem interferir no GPG adequado, tais como idade e escolaridade da mulher no momento da gestação, estado marital, etnia, consumo alimentar, estado nutricional pré-gestacional, intervalo entre gestações e partos, fatores socioeconômicos, psicossociais e ligados ao relacionamento íntimo do casal.^{2,3} Neste último, destaca-se a violência entre parceiros íntimos (VPI).^{4,5} Athar *et al.*⁶ realizaram uma revisão de escopo contemplando 9 artigos publicados entre 2015 e 2020 e mostraram que a VPI afeta o ganho de peso gestacional. Outra revisão conduzida por Zhou *et al.*⁷ sobre os determinantes do ganho de peso excessivo na gestação-que incluiu 70 estudos publicados entre 2009 e 2020 oriundos de países da América, Ásia, Europa, Oceania e África-mostrou a VPI como um fator de risco importante para o ganho de peso gestacional em excesso.⁷

Vale mencionar que a VPI também é um importante problema de saúde pública internacional e nacional, sendo definida como “qualquer comportamento que cause ou que tenha possibilidade de causar dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte de uma relação íntima”⁸. Distintas manifestações de violência (psicológica, física ou sexual) podem coexistir em um relacionamento, em diversos momentos da vida do casal, incluindo a gestação. Uma revisão sistemática, publicada em 2019 e conduzida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como objetivo sintetizar os estudos sobre prevalência de VPI nas Américas mostrou que 16,9% das mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos sofreram VPI física e/ou sexual em algum momento de suas vidas.⁹ Esta revisão incluiu 25 estudos, que contemplaram estimativas deste tipo de violência de 24 países. É importante mencionar que não existem estudos em nível nacional sobre a prevalência de VPI durante a gestação. No entanto, pesquisas recentes sobre VPI durante a gravidez realizadas nas cidades de Caxias/MA¹⁰ e do Rio de Janeiro/RJ¹¹ registraram prevalências de violência física entre parceiros íntimos (VFPI) de 4,3% e de 20,4%, respectivamente. Esses dados evidenciam a importância deste problema no país.

Os mecanismos que levam à VPI interferir no GPG ainda não estão elucidados. Os estudos sobre este tema ainda são escassos e seus resultados distintos.^{4,12-17} Em um estudo longitudinal realizado com 734 mulheres da Província do Ilam (Irã), não foi observado diferença significativa entre a violência psicológica, física e sexual com o ganho de peso gestacional.¹⁶ Outros estudos apontam para uma associação da VPI com o GPG excessivo,^{4,12,13,15} alguns com o GPG

insuficiente^{13-15,17} e um estudo mais recente sobre o tema, avaliando esta relação por meio da análise de caminhos, observou o efeito indireto da VPI no GPG via sintomas depressivos, estresse e ansiedade vivenciados pela mulher.¹⁶ A heterogeneidade destes resultados pode ser explicada pela utilização de instrumentos de aferição distintos para mensuração da VPI e ganho de peso gestacional, diferentes desenhos, tamanhos amostrais e populações de estudo.

Diante do exposto, é mister a ampliação do conhecimento sobre o tema, a qual poderá auxiliar a formulação de novas estratégias e ações em prol da melhoria da saúde materno-infantil. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar a associação entre VFPI durante a gestação e o GPG inadequado.

Métodos

Este estudo está inserido em um projeto de pesquisa maior intitulado “O impacto da violência, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil”, cujo desenho foi uma coorte. O objetivo primário deste projeto consistiu em analisar os determinantes sociais do crescimento infantil no primeiro ano de vida de recém-nascidos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro.

O presente estudo trata-se de um estudo seccional, com amostra de 554 mulheres que compareceram a quatro Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, entre 2005 e 2009. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas utilizando um questionário pré-testado e aplicado por pesquisadores previamente treinados.

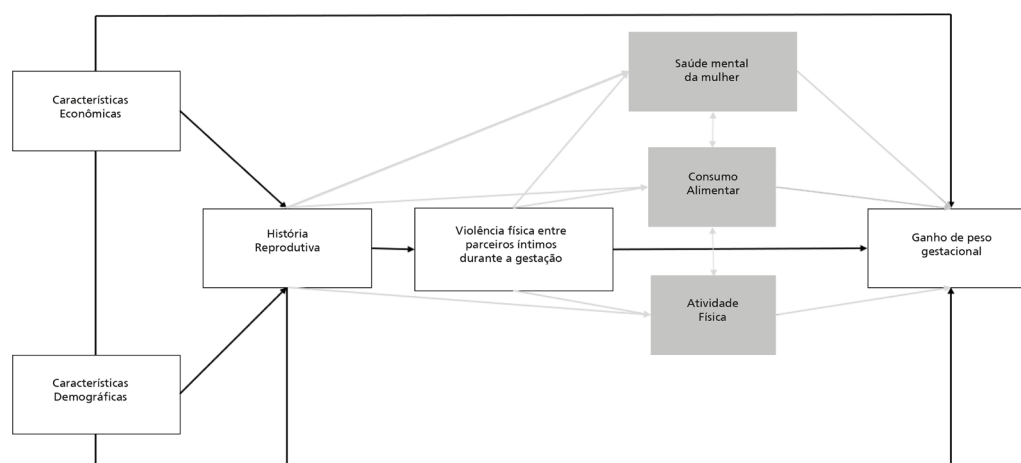
O modelo teórico-conceitual (Figura 1) tem como objetivo auxiliar no mapeamento de potenciais fatores de confusão (variáveis de ajuste) a serem contemplados na análise de dados. O modelo foi construído com base na revisão da literatura sobre o tema central deste trabalho-a relação entre a VPI durante a gestação e o GPG.

A exposição de interesse central é a VFPI nos últimos 12 meses em relação à data da entrevista. Para a mensuração da exposição foi utilizada a versão em português do instrumento CTS-1 (*Conflict Tactics Scales - Form R*) adaptada para uso no Brasil.¹⁸ A coleta destes dados se deu no segundo mês de vida do recém-nascido. O presente estudo utilizou apenas a subescala de violência física que é subdividida em violência física menor e grave. Foi considerado como positivo para a vivência deste tipo de violência, as mulheres que responderam afirmativamente a pelo menos uma questão em cada uma das subescalas de interesse. Considerou-se VFPI os atos perpetrados pelo companheiro em relação à mulher (gestante/mãe) e o recíproco.

O desfecho consistiu no GPG, calculado através da diferença entre o peso final da gestação (concernente à última consulta de pré-natal) e o peso pré-gestacional autorreferido.

Figura 1

Modelo teórico-conceitual das relações entre violência física entre parceiros íntimos durante a gestação e ganho de peso gestacional.



O peso da mulher na última consulta de pré-natal foi extraído da caderneta da gestante. Para a classificação do GPG utilizou-se as recomendações do *Institute of Medicine* (IOM) (2009),¹⁹ sendo classificado em adequado, insuficiente e excessivo. É importante mencionar que as diretrizes brasileiras para avaliação do GPG combinam de dois métodos de avaliação: a curva de *Atalah* e as recomendações do IOM.²⁰ Entretanto, como a maioria dos estudos nacionais e internacionais utilizam as recomendações do IOM para apreciação e classificação do GPG, optou-se pelo uso deste método por possibilitar uma maior comparabilidade dos achados deste estudo.

Na dimensão distal ao desfecho de interesse encontra-se as características socioeconômicas, demográficas e a história reprodutiva (Figura 1) que foram avaliadas por meio das variáveis condições ambientais de moradia, idade e escolaridade materna e número de filhos. As condições ambientais de moradia foram mensuradas a partir de um sistema de escores contendo as seguintes variáveis relacionadas ao domicílio: aglomeração (número de pessoas por cômodos que moram na residência), material de construção da habitação, tipo de saneamento interno, abastecimento de água e tipo de recolhimento do lixo. Os domicílios foram classificados como apresentando condições ambientais inadequadas (escore: 0-6 pontos) ou adequadas (escore: ≥ 7 pontos), categorização adaptada de Reichenheim e Harpham.²¹ A idade materna foi calculada pela diferença entre a data de aplicação do questionário e a data de nascimento dividido por 365,25, sendo posteriormente categorizada em idade menor de 20 anos, 20-34 anos e maior ou igual a 35 anos. A escolaridade materna foi mensurada pela série que a gestante estudou até o momento da entrevista, e foi categorizada em fundamental incompleto (< 4 anos de estudo) e fundamental completo ou mais (≥ 4 anos de estudo). O número de filhos vivos foi aferido pelo número total de filhos nascidos vivos da mulher até a data da entrevista. Esta variável foi utilizada de forma categórica: primípara (um filho), múltipara (dois a quatro filhos) e grande múltipara (a partir de cinco filhos).

Este modelo também mostra potenciais variáveis intervenientes desta relação, como saúde mental da mulher, consumo alimentar e atividade física-que devido ao modelo analítico selecionado para a análise de dados, não foram apreciadas neste trabalho.

O estado nutricional pré-gestacional e o acompanhamento de pré-natal foram utilizados para a avaliação do perfil das mulheres entrevistadas. O primeiro foi avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, categorizado segundo os pontos de corte para indivíduos adultos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).²² O IMC pré-gestacional foi calculado dividindo o peso pré-gestacional autorreferido pela estatura ao quadrado. A altura foi medida por antropometristas treinados e de maneira padronizada, no momento do teste do pezinho ou por ocasião da primeira vacinação do bebê. Para se obter informações referentes ao acompanhamento de pré-natal, a entrevistada respondeu à pergunta: “A senhora teve acompanhamento médico ou do enfermeiro durante essa gravidez?”, com opções de respostas: “sim” ou “não”.

Inicialmente, foram determinadas as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis estudadas, além de seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Na sequência, foram conduzidas regressões logísticas multinomiais simples e multivariadas para analisar a relação a VFPI e o GPG inadequados, sendo análise norteada pelo modelo teórico-conceitual (Figura 1). Os modelos multivariados foram ajustados pelas variáveis supracitadas (condições ambientais de moradia, idade materna, escolaridade materna e número de filhos vivos). Todas as análises foram realizadas no *software* Stata 15.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam informações sobre as instituições de apoio às famílias vítimas de violência.

Resultados

A Tabela 1 mostra o perfil da população de estudo. A maioria das mulheres entrevistadas apresentava idade entre 20 e 34 anos (65%), tinha o ensino fundamental completo ou mais (95,4%) e vivia em condições de moradia adequadas (76,5%). Em relação à avaliação do estado nutricional pré-gestacional, constatou-se que 6,0% apresentavam baixo-peso, 20,6% sobrepeso e 11,6% obesidade. Metade das mulheres entrevistadas era primíparas e quase a totalidade delas fez o acompanhamento de pré-natal. Em relação ao GPG, cerca de 65% das mulheres apresentaram ganho de peso fora das recomendações da IOM (2009), sendo que

31,9% tiveram um ganho de peso insuficiente e 33,4% excessivo. Com relação à VPI, verificou-se que 32,7% dos parceiros íntimos usaram a violência física para resolver os conflitos, sendo que 31,6% relataram ter vivenciado episódios de violência física menor e 16,3% de violência física grave.

Após o ajuste do modelo de regressão logística multinomial multivariada (Tabela 2), observou-se que a VFPI menor aumentou em 1,62 (IC95%: 1,02-2,58) vezes as chances de GPG insuficiente, em comparação aos casais que não vivenciaram este tipo de violência. A VFPI grave não mostrou relação significativa com o ganho de peso insuficiente, tampouco com o excessivo.

Tabela 1

Perfil das mulheres entrevistadas atendidas em quatro Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, RJ, 2005/2009.			
Variáveis	N	%	IC95%
Idade da mulher (anos)			
<20	136	24,6	21,2-28,4
20-34	359	65,0	60,9-68,9
≥35	57	10,4	8,0-13,2
Escolaridade da mulher (anos de estudo)			
<4	25	4,6	3,1- 6,6
≥4	525	95,4	93,4-96,9
Condição ambiental de moradia			
Adequada	397	76,5	72,6-80,0
Inadequada	122	23,5	20,0-27,4
Número de filhos vivos			
Primípara	277	50,0	45,8-54,2
Múltipara (2 a 4 filhos)	260	46,9	42,8-51,1
Grande múltipara (≥5 filhos)	17	3,1	1,9-4,9
Pré-natal			
Sim	553	99,8	98,7-100,0
Não	1	0,2	0,2-12,8
Estado nutricional pré-gestacional			
Baixo peso	34	6,1	4,4-8,5
Eutrofia	342	61,7	57,6-65,7
Sobrepeso	114	20,6	17,4-24,2
Obesidade	64	11,6	9,1-14,5
Ganho de peso gestacional			
Insuficiente	177	31,9	28,2-36,0
Adequado	192	34,7	30,8-38,7
Excessivo	185	33,4	29,6-37,4
Violência física entre parceiros íntimos menor			
Sim	175	31,6	64,4-72,2
Não	379	68,4	27,8-35,6
Violência física entre parceiros íntimos grave			
Sim	90	16,3	80,4-86,6
Não	464	83,7	13,4-19,6

Tabela 2

VPI durante a gestação	GPG insuficiente				GPG excessivo			
	Bruto		Ajustado*		Bruto		Ajustado*	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
VFPI menor	1.55 (1.01-2.40)	0.047	1.62 (1.02-2.58)	0.042	0.97 (.62-1.52)	0.908	1.05 (.65-1.69)	0.845
VFPI grave	1.29 (.74-2.25)	0.910	1.39 (.76-2.52)	0.278	1.13 (.65-1.98)	0.661	1.25 (.68-2.29)	0.470

GPG = Ganho de peso gestacional; VPI = Violência entre parceiros íntimos; VFPI = Violência física entre parceiros íntimos.

*As análises foram ajustadas por variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas (idade materna, escolaridade materna, condições ambientais de moradia e número de filhos vivos).

Discussão

Os resultados desta investigação mostram que a vivência de VFPI aumentou a chance de GPG insuficiente em comparação àquelas mulheres que não vivenciaram este tipo de violência em seus relacionamentos. Ressalta-se que esta associação também foi identificada em estudos desenvolvidos com mulheres de diferentes nacionalidades. Tantos estudos nacionais, elaborados por Moraes *et al.*¹⁴ e Nunes *et al.*,¹⁵ quanto os realizados por Kott¹³ nos Estados Unidos e por Garg *et al.*¹⁷ na Índia. Tais estudos encontraram associação entre VFPI e baixo GPG, mostrando que o efeito da VFPI sobre o desenvolvimento do feto parecem ser independentes de fatores relacionados à cultura ou o nível de desenvolvimento socioeconômico de um país.

Moraes *et al.*¹⁴ destacaram alguns possíveis aspectos que podem estar relacionados ao menor ganho de peso em mulheres vítimas de VFPI durante a gestação: desinteresse pela compra e preparo dos alimentos, consumo irregular, perda de apetite devidos aos aumentos do estresse desencadeado pelos abusos sofridos ou pelo próprio abuso em si. Estas e outras condições biológicas e comportamentais são citadas na literatura como relacionadas às associações entre VFPI e o ganho de peso inadequado durante a gestação, podendo ser um caminho teórico para o entendimento dessa relação. Estudos em outras fases da vida sugerem que o estresse desencadeado pelo ambiente conflituoso pode gerar alterações hormonais, fisiológicas e comportamentais que poderão afetar o apetite e/ou o padrão alimentar e, conseqüentemente, levar a um ganho de peso inadequado.^{3,23} Segundo Yount *et al.*,²¹ um caminho importante para a compreensão da relação entre a violência, o consumo alimentar e o estado nutricional seria via o sistema biológico de resposta ao estresse. A exposição recorrente à violência familiar pode alterar o funcionamento deste sistema, principalmente devido à hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que eleva os níveis de uma série de hormônios poupadores de energia, com destaque para o cortisol. O aumento do cortisol está relacionado com o aumento do tecido gorduroso visceral, e conseqüentemente, com o excesso de peso.

Em outros casos, parceiros agressivos podem usar o alimento como meio de manipulação e controle de suas companheiras, de modo a dificultar seu acesso a uma alimentação equilibrada.^{4,24} Chilton e Booth,²⁴ em um estudo quanti-qualitativo com 44 famílias chefiadas por mulheres residentes nos Estados Unidos, observaram que o alimento foi utilizado pelo perpetrador de violência como moeda de troca para a manutenção da mulher na relação abusiva. Outra possível explicação para a relação entre a VFPI e o GPG inadequado consiste no fato de que, em geral, famílias em situação de violência têm maior dificuldade de gerir seus recursos financeiros e menor capacidade de organizar a compra de alimentos no domicílio.²⁵ Nunes *et al.*¹⁵ mostraram que mulheres que sofreram VPI durante a gestação apresentavam menor renda e eram mais dependentes financeiramente de seus parceiros, as deixando mais vulneráveis à violência e a compra ou não de alimentos pelos seus parceiros abusivos.

A literatura ainda evidencia que mulheres expostas à VPI estão mais propícias a manifestarem comportamentos depressivos, pensamentos suicidas, ansiedade e altos níveis de estresse.^{26,27} Em alguns momentos, essa situação pode provocar problemas como uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas^{8,14} e, subseqüentemente, o uso exagerado dessas substâncias pode levar a uma menor ingestão alimentar e a estilos de vida não saudáveis. Segundo Ribeiro-Silva *et al.*,²⁵ problemas de saúde mental e mau uso de álcool e drogas podem dificultar a manutenção e a obtenção de trabalho, impactando na renda familiar e conseqüentemente nos gastos com alimentos e seu consumo.

Neste estudo, a VFPI grave não apresentou associação com o GPG insuficiente, tampouco com o excessivo. Isso pode estar relacionado com o número baixo de mulheres vítimas deste tipo de violência e que tiveram GPG excessivo neste estudo. Estudos futuros com amostras maiores, e conseqüentemente maior poder estatístico, são necessários para o melhor entendimento desta relação, uma vez que há poucos estudos nacionais e internacionais sobre esta temática.

O presente estudo deve ser analisado de acordo com suas limitações, bem como seus pontos fortes. Entre as limitações do estudo está a avaliação de mulheres que procuram o serviço de saúde, já que a literatura aponta que mulheres vítimas de VFPI, principalmente violência grave, têm maior chance de realizar um pré-natal inadequado, seja pelo início tardio, pela realização de menor número de consultas ou mesmo pelas duas condições juntas.⁵ Paralelamente, o estudo utilizou as informações do peso pré-gestacional autorreferidas pelas participantes, o que poderia ser listada como mais uma limitação do estudo devido ao risco de subestimação da verdadeira medida e, conseqüentemente, de categorização, de forma imprópria, do estado nutricional da mulher. No entanto, estudos sobre o tema mostram que o peso relatado pelas mulheres se aproxima dos valores aferidos.²⁸

Como ponto positivo deste estudo destaca-se a utilização de um instrumento adaptado transculturalmente e validado para aferição da exposição. A CTS-1 foi traduzida e utilizada por outros autores em investigações epidemiológicas no Brasil com uma baixa taxa de recusa; boa confiabilidade, principalmente para as escalas de violência física.¹⁸ Outro ponto que merece destaque se deve a temática investigada neste estudo, a relação entre a VPI e o GPG, uma vez que até o momento apenas sete pesquisas nacionais e internacionais enfocaram este assunto.

Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de atenção e abordagem prática no atendimento de gestantes durante as consultas de pré-natal, momento propício para identificação de distúrbios nutricionais e de rastreamento de violência doméstica. É importante pontuar que a literatura mostra a ocorrência da VPI pode iniciar ou aumentar de frequência durante o período gestacional.²⁹ A mulher que vivencia situações de VPI durante o período gestacional exige uma atenção especial dos serviços de saúde, já que a gestação é um momento de grande fragilidade física e emocional.³⁰

A VPI durante a gestação e pós-parto gera sérias consequências na saúde da mulher e da criança, tais como depressão pós-parto, infecção urinária, ganho de peso gestacional insuficiente, parto operatório, sangramento vaginal, assistência pré-natal inadequada, diabetes gestacional, mortalidade materna e fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino, desmame precoce, desnutrição infantil, falhas na imunização e no acompanhamento da criança nos serviços de saúde.^{14,15} Neste sentido é de suma importância que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento dessas mulheres estejam atentos e sensíveis para a identificação de possíveis casos de VPI durante as consultas de pré-natal, em virtude da sua magnitude e de seus efeitos deletérios para a saúde materno-infantil.

Os achados do presente estudo podem auxiliar na elaboração e implementação de ações mais efetivas de promoção e prevenção da VPI e do GPG inadequado, reduzindo, desta forma, os riscos de saúde para mulher e bebê. Reforçamos também o papel dos gestores e tomadores de decisão na área da saúde para a inclusão da violência entre parceiros íntimos nas políticas que envolvem o atendimento e o acompanhamento da gestante, de modo que as próprias mulheres possam ter conhecimento do problema, permitindo sua identificação, notificação e/ou denúncias nos aparatos existentes. Diante da escassez de estudos sobre violência entre parceiros íntimos durante a gravidez e ganho de peso gestacional, ressalta-se também a necessidade de mais estudos sobre esta relação em diferentes contextos socioeconômicos e culturais, de desenho longitudinal e que contemplem análises mais robustas para melhor compreensão desta relação.

Contribuição dos autores

Hasselmann MH e Flor RB contribuíram na concepção e delineamento do artigo. Flor RB, Marques ES e Hasselmann MH contribuíram para a análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Oliveira ASD contribuiu na interpretação dos dados e redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

- Chagas DCd. Ganho de peso gestacional e sua influência retenção de peso pós-parto e índice de massa corporal infantil: contribuição das coortes de nascimento Brisa e Geração XXI [Tese]. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
- Silva LOd, Alexandre MR, Cavalcante ACM, Arruda SPM, Sampaio RMM. Adequate versus inadequate weight gain and socioeconomic factors of pregnant women followed up in primary care. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2019; 19 (1): 99-106.
- Leite T, Port ACR. Fatores associados ao ganho ponderal de gestantes atendidas na Unidade básica de saúde da mulher “Maria de Lourdes Campos Silva” em Monte Azul Paulista-SP. *Rev Ciênc Nutr Online.* 2018; 2 (2): 26-31.
- Alhusen JL, Geller R, Dreisbach C, Constantoulakis L, Siega-Riz AM. Intimate Partner Violence and Gestational Weight Gain in a Population-Based Sample of Perinatal Women. *JOGNN.* 2017; 46 (3): 390-402.
- Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Women’s Health.* (2002). 2015 Jan; 24 (1): 100-6.
- Athar U, Daud NUA, Khan WA, Khalid A, Gill SI. Caught Between External Pressures and Internal Battles: Psychosocial Factors Affecting Gestational Weight Gain-A Scoping Review. *Cureus.* 2021; 13 (2): e13487-e.
- Zhou M, Peng X, Yi H, Tang S, You H. Determinants of excessive gestational weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health.* 2022 Mai; 80 (1): 129.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
- Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica.* 2019 Mar; 43: e26.
- Conceição HN, Coelho SF, Madeiro AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021; 30 (2): e2020848.
- Vaz JDS, Souza M, Valério ID, Silva MTD, Freitas-Vilela AA, Bierhals IO, et al. Physical intimate partner violence and dietary patterns in pregnancy: a Brazilian cohort. *Cien Saúde Colet.* 2022; 27 (4): 1317-26.
- Khodakarami N, Naji H, Dashti MG, Yazdgerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2009; 15 (3): 622-8.
- Kott A. Intimate Partner Violence And Pregnancy Weight Gain Weakly Associated. *Perspect Sex Reprod Health.* 2011; 43 (3): 209-10.
- Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 Dec; 95 (3): 254-60.
- Nunes MA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti CN, Schmidt MI. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Eur J Public Health.* 2011 Feb; 21 (1): 92-7.

16. Dolatian M, Sharifi N, Mahmoodi Z, Fathnezhad-kazemi A, Bahrami-vazir E, Rashidian T. Weight gain during pregnancy and its associated factors: a path analysis. *Nurs Open*. 2020;7 (5): 1568-77.
17. Garg S, Rustagi R, Singh MM, Engtipi K. Effect of Intimate Partner Violence on Maternal and Birth Outcomes of Pregnancy among Antenatal Clinic Attendees in Delhi: A Prospective Observational Study. *Indian J Community Med*. 2020;45 (4): 501-5.
18. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (4): 1083-93.
19. Institute of Medicine (IOM). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines: Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; National Research Council; 2009.
20. Amorim AR, Lacerda EMA, Kac G. Uso e interpretação dos indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de gestantes. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, editors. *Epidemiologia nutricional Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu*; 2007. p. 30-47.
21. Reichenheim ME, Harpham T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1990; 24 (1): 69-79.
22. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry-report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1995. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Social Sci Med*. 2011 May; 72 (9): 1534-54.
24. Chilton M, Booth S. Hunger of the body and hunger of the mind: African American women's perceptions of food insecurity, health and violence. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39 (3): 116-25.
25. Ribeiro-Silva RC, Fiaccone RL, Barreto ML, Santana ML, Santos SM, Conceição-Machado ME, *et al*. The association between intimate partner domestic violence and the food security status of poor families in Brazil. *Public Health Nutr*. 2016 May; 19 (7): 1305-11.
26. Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *J Am Med Women's Assoc*. 2002; 57 (4): 208-14.
27. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Jun; 103 (1): 26-9.
28. Oliveira AFd, Gadelha AMJ, Leal MC, Szwarcwald CL. Estudo da validação das informações de peso e estatura em gestantes atendidas em maternidades municipais no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl. 1): S92-100.
29. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jan; 124 (1): 6-11.
30. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44: 667-76.

Recebido em 12 de Janeiro de 2021

Versão final apresentada em 24 de Maio de 2022

Aprovado em 28 de Junho de 2022

Editor Associado: Aurélio Costa