RESS | REVISTA DO SUS

ARTIGO ORIGINAL

doi 10.1590/S2237-96222024v33e2023993.pt

# Violência por parceiro íntimo durante a gestação e qualidade de vida no Sul do Brasil: estudo transversal, 2022

Vanessa Iribarrem Avena Miranda[1], Fernanda de Oliveira Meller[1], Antônio Augusto Schäfer[1], Jacks Soratto[1], Cristiane Damiani Tomasi[1], Carolina de Vargas Nunes Coll[2], Susana Cararo Confortin[1]

[1]Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, SC, Brasil

[2]Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, RS, Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação (VPIG) e qualidade de vida (QV). **Métodos:** Estudo transversal, com gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde, em Criciúma, Santa Catarina, Brasil, em 2022; avaliou-se a QV quanto aos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente (WHOQOL-Bref); a VPIG foi avaliada pela World Health Organization Violence Against Women; foram realizadas análise de regressão linear bruta e ajustada. **Resultados**: Foram avaliadas 389 gestantes; a VPIG esteve presente em 13,6%; na análise ajustada, a VPIG manteve-se associada aos aspectos físico, psicológico e das relações sociais; gestantes que sofreram VPIG tiveram reduzidos 9,77, 11,07 e 8,95 pontos no escore de QV, respectivamente, quando comparadas às que não sofreram VPIG. **Conclusão:** A VPIG esteve associada à pior QV nos domínios físico, psicológico e das relações sociais; serviços de saúde preparados para o enfrentamento e prevenção da violência contra gestantes são essenciais.

**Palavras-chave:** Gestantes; Violência contra a Mulher; Atenção Primária à Saúde; Violência por Parceiro Íntimo; Estudo Transversal.

CC BY

## INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres, especialmente a violência praticada por parceiros íntimos (VPI), é um problema de saúde pública com poder de impactar de forma negativa a saúde física, mental e sexual no curto e no longo prazo.[1] Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a VPI é definida como o comportamento de um companheiro ou ex-parceiro que cause danos físicos, sexuais ou psicológicos – como agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle.[1]

A VPI, forma mais comum de violência contra a mulher,[1] pode ser ainda mais grave durante a gestação, período de grande fragilidade física e emocional para a mulher. No Brasil, a prevalência de violência por parceiro íntimo na gestação (VPIG) varia de 12,0% a 33,0%.[2] De acordo com um estudo multicêntrico, realizado pela OMS entre 2000 e 2003, na maioria dos casos de VPIG, as vítimas relataram ter sofrido VPI antes de engravidar.[1]

No Brasil, cerca de 50% das mulheres foram vítimas de VPI pela primeira vez durante a gestação; a incidência de VPIG foi de 11,1%, sendo 31,8% dos casos de violência física. A grande maioria das mulheres aponta o pai da criança como o autor da agressão (97,5%); e 57% destas já haviam sido agredidas anteriormente, pelo mesmo autor, além de a agressão ter-se intensificado durante a gestação em 26,1% dos casos. Como complicações relativas à VPIG, são citados o aborto espontâneo (29,2%) ou induzido (6,7%), a ausência de assistência pré-natal (12,7%) e de acompanhamento puerperal (66,7%) das mulheres que sofreram VPIG, percentuais significativamente maiores quando comparados aos de mulheres que não sofreram violência.[1]

A VPI pode fazer parte de um padrão continuado de abuso; trata-se de um fator determinante de saúde e bem-estar e que, direta ou indiretamente, pode aumentar o risco de morte prematura, pelo desenvolvimento dos agravos de saúde.[3] Estudos têm apontado para a necessidade de investigação da qualidade de vida da mulher vítima de VPI; porém, há lacunas no que se refere a uma abordagem específica da qualidade de vida das mulheres em situação de VPIG no Brasil.[4,5]

| Contribuições do estudo | |
|---|---|
| **Principais resultados** | A violência por parceiro íntimo (VPIG) esteve presente em 13,6% das gestantes, associada a pior qualidade de vida, nos domínios físico, psicológico e das relações sociais. |
| **Implicações para os serviços** | Os resultados reforçam a necessidade da abordagem intersetorial no enfrentamento do problema, com os centros especializados de atendimento à saúde em situações de violência integrados à assistência social e à segurança pública. |
| **Perspectivas** | Desenvolvimento de políticas e ações intersetoriais que fortaleçam as existentes e garantam assistência social e de saúde às gestantes vítimas de violência e seus filhos, haja vista o impacto negativo da VPIG na qualidade de vida. |

A qualidade de vida é um sinônimo de saúde. Ela é definida pela OMS como a percepção, por cada pessoa, dos diferentes aspectos de vida – espiritual, físico, mental, psicológico e social – e seu impacto na autossatisfação geral e bem-estar do ser humano dentro de seu contexto cultural.[1]

Este artigo teve como objetivo analisar a associação entre VPIG e a qualidade de vida da mulher.

## MÉTODOS

Estudo transversal, de base populacional, conduzido com as gestantes atendidas em todas as 48 unidades básicas de saúde (UBS)

do município de Criciúma, entre abril e dezembro de 2022. Criciúma localiza-se no extremo sul do estado de Santa Catarina, soma cerca de 217.965 habitantes, representando uma densidade populacional de 815,87 hab./km$^2$, e o índice de desenvolvimento humano (IDH) local é de 0,788.[6]

A população-alvo do estudo constituiu-se de gestantes na idade de 18 anos ou mais, atendidas no terceiro trimestre de gestação e que realizavam o pré-natal em uma das 48 UBS do município. Gestantes com dificuldades de compreensão do questionário, de outra nacionalidade ou consideradas de alto risco foram excluídas do estudo. Também foram excluídas as gestantes que afirmaram não manter nenhum tipo de relacionamento íntimo na gestação atual.

O cálculo de tamanho de amostra foi realizado utilizando-se o programa OpenEpi, considerando-se o número médio anual de gestantes em acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) (n = 1.517) e os seguintes critérios: nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80% e prevalência desconhecida do desfecho de 50%. Somavam-se 10% para perdas/recusas e 15% para controle de fatores de confusão, totalizando 384 gestantes a serem estudadas.

A obtenção dos dados utilizou *smartphones* e o *software* Research Eletronic Data Capture (RedCap) para acesso ao questionário, respondido de forma presencial e em local reservado. O processo foi conduzido por agentes comunitários de saúde (ACS) e alunos da Residência Multiprofissional da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), previamente treinados com métodos padronizados. Após essa etapa, a gestante era convidada a responder ao instrumento confidencial e autoaplicado com as questões referentes a violência, uso de substâncias e drogas; na sequência, o questionário preenchido era lacrado em envelope, garantindo-se o sigilo das informações.

Para identificar as gestantes elegíveis (terceiro trimestre) utilizou-se o sistema de saúde municipal denominado CELK Saúde. Este sistema possibilitou gerar relatórios mensais com a idade gestacional de cada gestante para os próximos três meses seguintes, correspondentes ao terceiro trimestre de gestação; todas as gestantes que se encontravam no terceiro trimestre de gravidez, durante o período de abril a dezembro de 2022, foram convidadas a participar do estudo. As entrevistas eram realizadas preferencialmente nas UBS, de acordo com a data da consulta pré-natal e, quando necessário, também na residência da gestante.

Para avaliação do desfecho "qualidade de vida", utilizou-se o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref),[7] previamente validado para uso em população do Brasil, inclusive gestantes.[8] O instrumento, centrado em como se percebem os entrevistados no momento atual, propõe-se a medir as consequências das intervenções da doença e da saúde na qualidade de vida das pessoas. O WHOQOL-Bref reúne 26 perguntas, com 24 facetas correlacionadas à qualidade de vida e separadas de acordo com quatro domínios: (i) o físico (e.g. atividades de vida cotidiana, dependência medicamentosa e tratamento, energia e cansaço, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso e capacidade para trabalhar), (ii) o psicológico (e.g. aceitação da própria imagem e aparência, sentimentos positivos/negativos, autoestima, espiritualidade/crenças, aprendizado, memória e concentração), (iii) das relações sociais (e.g. relações pessoais, apoio social e atividade sexual) e (iv) do meio ambiente (e.g. segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, liberdade, cuidados de saúde, disponibilidade e qualidade do ambiente do lar, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer e transporte). Os escores da avaliação de qualidade de vida variam de 0 a 100 em cada domínio, sendo que as maiores médias apontam melhor percepção da qualidade de vida,

não existindo um ponto de corte que indique valores ideais.[7]

A variável de exposição principal (violência contra a mulher) foi avaliada pelo instrumento da World Health Organization Violence Against Women (WHO-VAW), disponível para uso no Brasil,[9] composto por dez questões: quatro referentes à violência psicológica, três sobre violência física e três sobre violência sexual, praticadas por parceiros íntimos. Foi considerado como parceiro íntimo o cônjuge, companheiro, parceiro ou namorado. A variável de exposição principal foi construída considerando-se "sim" para aquelas mulheres que sofreram pelo menos um dos três tipos de violência avaliados durante a gestação.

As variáveis socioeconômicas utilizadas foram:

a) faixa etária materna (em anos: 18 a 19; 20 a 29; 30 ou mais);
b) raça/cor da pele materna (branca; preta; parda);
c) escolaridade materna (em anos de estudo: 0 a 4; 5 a 8; 9 a 11; 12 ou mais);
d) renda mensal (em reais: < 500,00; 500,00-1.000,00; 1.001,00-2.000,00; 2.001,00-4.000,00; > 4.000,00);
e) estado civil (solteira, casada; união estável; separada); e se
f) mora com companheiro (sim; não).

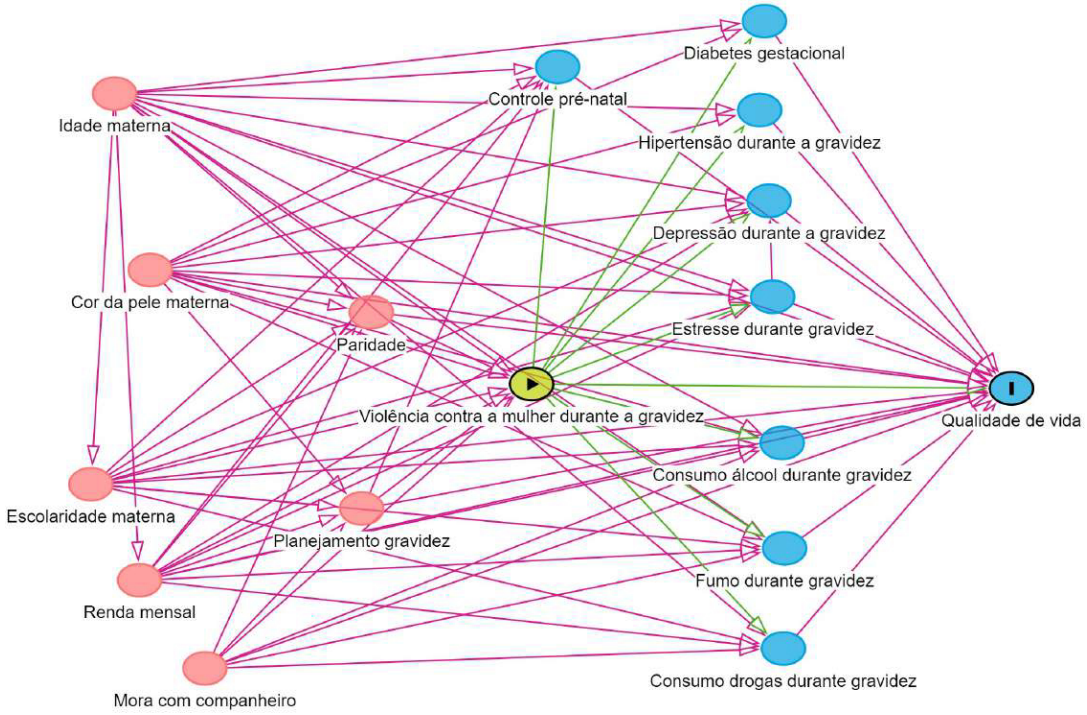
Além destas, foram avaliadas a paridade (1; 2; 3; 4 ou mais), o planejamento da gravidez (sim; não) e o número de consultas realizadas durante o pré-natal (< 6; ≥ 6).

Todas as análises utilizaram-se do *software* Stata versão 17.0. A análise descritiva considerou as frequências absoluta e relativa de todas as variáveis categóricas estudadas. Para qualidade de vida, realizou-se a comparação entre médias, pelo teste t de Student (para distribuição normal); ou teste de Mann-Whitney/Wilcoxon Rank-Sum Test (indicado quando o requisito para aplicação do teste t de Student não for cumprido). A regressão linear foi utilizada para análise da exposição (VPIG) com os desfechos (domínios da qualidade de vida: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente), estimando-se os coeficientes de regressão linear brutos e ajustados e respectivos intervalos de confiança de 95% ($IC_{95\%}$). O nível de significância utilizado foi de 5%. Com o propósito de verificar o conjunto mínimo de ajuste e minimizar possíveis vieses de confundimento ou de seleção na análise, utilizou-se o programa DAGitty® versão 3.0, para construir o gráfico acíclico direcionado (DAG, sigla em inglês para *Directed Acyclic Graphs*). O embasamento teórico partiu de estudos bibliográficos na literatura científica, para se avaliar a relação da violência e da qualidade de vida com as covariáveis (Figura 1).[1,2,4,5,10-12] O conjunto mínimo de ajuste informado pelo programa DAGitty compôs-se das seguintes variáveis: idade; raça/cor da pele; estado civil; escolaridade; renda mensal; paridade; e planejamento da gravidez.[13]

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob Parecer nº 5.053.755, em outubro de 2021. Todas as gestantes que aceitaram participar da pesquisa deram seu consentimento verbal, usando o *software* RedCap®.

## RESULTADOS

Das gestantes que participaram da pesquisa (n = 428), 389 (90,9%) tinham parceiro íntimo e responderam ao instrumento sobre VPI (taxa de resposta de 86%). A maioria tinha idade de 20 a 29 anos (53,0%), eram de raça/cor da pele branca (67,9%), estavam casadas ou mantinham união estável (76,5%), tinham de 9 a 11 anos de estudo (51,9%) e, em menor proporção, 46,2% referiam 1.001,00 a 2.000,00 reais/mês. Entre todas essas mulheres, 48,8% encontravam-se na primeira gestação; em sua maioria (82,1%), tinham realizado seis ou mais consultas de pré-natal; e 59,5% não haviam planejado a gravidez. No que se refere à forma de violência sofrida por essas mulheres, 12,2% foram violências psicológicas,




Legenda: Exposição; Desfecho; Antecessor da exposição; Antecessor do desfecho; Antecessor da exposição e do desfecho; *causal path* (caminho causal); *biasing path* (caminho tendencioso).

**Figura 1 – Gráfico acíclico direcionado da associação entre violência por parceiro íntimo durante a gravidez e qualidade de vida**

3,1% físicas e 3,1% sexuais; 13,6% das mulheres consultadas haviam sofrido VPIG. A média da qualidade de vida no aspecto físico foi de 60,20 (± 16,26) no domínio psicológico, 66,45 (± 13,46); nas relações sociais, 68,64 (± 16,10); e no ambiente, 62,03 (± 16,71) (Tabela 1).

Os dados da Tabela 2 mostram as médias de qualidade de vida de acordo com o desfecho "VPIG" e as diferenças em cada domínio. A maior diferença encontrada foi em relação ao aspecto psicológico: quem sofre VPIG teve 13,6 pontos a menos no escore. A Tabela 3 mostra as análises bruta e ajustada em relação à VPIG associada aos aspectos da qualidade de vida. Na análise bruta, a VPIG mostrou-se associada à qualidade de vida em todos os aspectos (físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente). Na análise ajustada, a VPIG manteve-se associada aos domínios físico, psicológico e das relações sociais. As mulheres que sofriam violência apresentaram, respectivamente, -9,77 ($IC_{95\%}$ -14,90;-4,65), -11,07 ($IC_{95\%}$ -14,97;-7,17) e -8,95 ($IC_{95\%}$ -13,88;-4,02) pontos a menos no escore de qualidade de vida nos aspectos físico, psicológico e das relações sociais, quando comparadas às que não sofriam violência.

## DISCUSSÃO

A prevalência de VPIG foi relatada em 13,6% das gestantes. Aquelas que sofreram VPIG apresentaram menores escores de qualidade de vida nos aspectos físico, psicológico e das relações sociais.

Estudos sobre a associação entre violência e qualidade de vida em mulheres são escassos na literatura. O único estudo encontrado apontou que, quanto maior a avaliação da satisfação da qualidade de vida entre as mulheres, menor será a probabilidade de ocorrência de violência doméstica contra elas, sendo a avaliação de qualidade de vida um fator de proteção.[11]

Corroborando os resultados do presente estudo, revisão sistemática mostrou que a menor

**Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as características das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde (n = 353), Criciúma, Santa Catarina, 2022**

| Variáveis | n (%) |
|---|---|
| **Idade (em anos)** | |
| 18-19 | 32 (9,1) |
| 20-29 | 187 (53,0) |
| ≥ 30 | 134 (37,9) |
| **Raça/cor da pele** | |
| Branca | 237 (67,9) |
| Preta | 39 (11,2) |
| Parda | 73 (20,9) |
| **Estado civil** | |
| Solteira | 76 (21,5) |
| Casada/união estável | 270 (76,5) |
| Separada/divorciada | 7 (2,0) |
| **Escolaridade (em anos de estudo)** | |
| 0-4 | 4 (1,1) |
| 5-8 | 92 (26,0) |
| 9-11 | 183 (51,9) |
| ≥ 12 | 74 (30,0) |
| **Renda mensal (em R$)** | |
| < 500,00 | 69 (20,2) |
| 500,00-1000,00 | 54 (15,8) |
| 1.001,00-2.000,00 | 158 (46,2) |
| 2.001,00-4.000,00 | 49 (14,3) |
| > 4.000,00 | 12 (3,5) |
| **Paridade** | |
| 1 | 105 (48,8) |
| 2 | 64 (29,8) |
| 3 | 30 (14,0) |
| 4 ou mais | 16 (7,4) |
| **Número de consultas** | |
| < 6 | 63 (17,9) |
| ≥ 6 | 290 (82,1) |
| **Planejamento da gravidez** | |
| Não | 210 (59,5) |
| Sim | 143 (40,5) |
| **Violência psicológica** | |
| Não | 310 (87,8) |
| Sim | 43 (12,2) |

Continua

Continuação

**Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as características das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde (n = 353), Criciúma, Santa Catarina 2022**

| Variáveis | n (%) |
|---|---|
| **Violência física** | |
| Não | 342 (96,9) |
| Sim | 11 (3,1) |
| **Violência sexual** | |
| Não | 342 (96,9) |
| Sim | 11 (3,1) |
| **VPIG[a]** | |
| Não | 305 (86,4) |
| Sim | 48 (13,6) |
| **Escore de qualidade de vida** | **Média (desvio-padrão)** |
| Aspecto físico | 60,20 (16,26) |
| Aspecto psicológico | 66,45 (13,46) |
| Relações sociais | 68,64 (16,10) |
| Ambiente | 62,03 (16,71) |

a) VPIG: Violência por parceiro íntimo na gestação.

**Tabela 2 – Médias dos escores dos domínios da qualidade de vida das gestantes de acordo com a violência por parceiro íntimo na gestação, Criciúma, Santa Catarina, 2022**

| VPIG[a] | Domínios (escores) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Físico | Psicológico | Relações sociais | Ambiente |
| Não | 61,7 | 68,3 | 70,1 | 63,1 |
| Sim | 50,9 | 54,7 | 59,6 | 55,2 |
| Diferença | -10,8 | -13,6 | -10,5 | -7,9 |
| p-valor | < 0,001[b] | < 0,001[c] | < 0,001[b] | 0,002[b] |

a) VPIG: Violência por parceiro íntimo na gestação; b) Test t de Student; c) Teste de Mann-Whitney/Wilcoxon Rank-Sum Test.

qualidade de vida das gestantes foi atribuída a fatores físicos, como complicações durante a gravidez, obesidade antes da concepção, sintomas como náuseas, vômitos e dificuldades para dormir. O presente estudo não avaliou todos os trimestres gestacionais, todavia Lagadec et al.[12] observaram que a qualidade de vida referente ao domínio físico diminuiu significativamente ao longo dos trimestres, uma vez que está relacionada à diminuição da atividade física e a limitações funcionais. Os autores também observaram que a qualidade de vida relacionada ao domínio psicológico foi maior durante a gestação.[12]

Similarmente, estudo conduzido na Noruega, entre outubro de 2018 e dezembro de 2019, com gestantes no terceiro trimestre de gestação, mostrou que os maiores escores de qualidade de vida foram evidenciados nos domínios psicológico e do ambiente.[4] Entretanto, pesquisa realizada com mulheres no terceiro trimestre de gestação, acompanhadas pela APS de Rio Branco, Acre, no período de março a maio de 2011, apresentou menor média para o domínio do ambiente (60,8 ± 9,4). As maiores médias foram evidenciadas nos domínios físico (75 ± 11,6), psicológico (73,3 ± 10,6) e das relações sociais (74 ± 12,4).[14]

**Tabela 3 – Análises bruta e ajustada em relação à violência por parceiro íntimo associada aos domínios da qualidade de vida em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde, Criciúma, Santa Catarina, 2022**

| Variáveis | Análise bruta | | Análise ajustada[c] | |
|---|---|---|---|---|
| | β ($IC_{95\%}$[b]) | p-valor | β ($IC_{95\%}$[b]) | p-valor |
| **Aspecto físico** | | | | |
| VPIG[a] | | < 0,001 | | < 0,001 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | -10,80 (-15,64;-5,96) | | -9,77 (-14,90;-4,65) | |
| **Aspecto psicológico** | | | | |
| VPIG[a] | | < 0,001 | | < 0,001 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | -13,61 (-17,47;-9,75) | | -11,07 (-14,97;-7,17) | |
| **Relações sociais** | | | | |
| VPIG[a] | | 0,001 | | 0,005 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | -10,46 (-15,25;-5,68) | | -8,95 (-13,88;-4,02) | |
| **Ambiente** | | | | |
| VPIG[a] | | 0,006 | | 0,097 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | -7,94 (-13,0;-2,90) | | -4,17 (-9,10;0,76) | |

a) VPIG: Violência por parceiro íntimo na gestação; b) $IC_{95\%}$: Intervalo de confiança de 95%; c) Ajustado por idade, raça/cor da pele, renda mensal, escolaridade, estado civil, paridade e planejamento da gravidez.

Em relação à VPIG e sua associação com o domínio físico da qualidade de vida, sabe-se que as mulheres são particularmente mais vulneráveis à VPIG, o que as torna expostas a maior risco de desenvolver problemas de saúde física e mental, podendo levar, inclusive, à incapacidade.[15] Similarmente aos resultados encontrados no presente estudo, revisão sistemática mostrou que a violência sexual e a violência doméstica foram associadas à menor qualidade de vida em gestantes.[12] Pesquisas realizadas no Irã, entre 2012 e 2013, também com mulheres no terceiro trimestre de gestação, mostraram que as vítimas de violência doméstica apresentaram diminuição nas médias dos aspectos físicos da qualidade de vida.[16]

Estudo conduzido com mulheres na zona rural do Paquistão[17] evidenciou o impacto negativo da VPI na qualidade de vida e na saúde física e psicológica delas. A extensão dos efeitos da VPI na saúde mental das mulheres passa por maior risco de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e suicídio. Quando as mulheres vítimas de violência são gestantes, as consequências amplificam-se, aumentando o risco para desfechos negativos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e pequeno para a idade gestacional.[18]

Uma revisão sistemática, que buscou a prevalência mundial de VPIG, encontrou 45,9% dos estudos a reportar violências de tipo física, psicológica e sexual, sendo a violência psicológica presente em 18,7% das gestantes, aumentando para 23,4% na América do Sul.[19] A VPIG é um problema que exige um olhar intersetorial: ela afeta não somente a mulher na gestação, mas também o feto, o recém-nascido, além de repercutir nas relações sociais da gestante.[18]

Estudo realizado no estado do Espírito Santo em 2017, com 330 puérperas, constatou que a

violência psicológica promovida por parceiro íntimo foi maior entre as gestantes de menor idade, de menor renda e menos escolarizadas, que começaram a atividade sexual até os 14 anos, e ainda apontou que: gestantes que desejaram cessar a gravidez sofreram maior violência durante a gestação.[5]

A associação da VPIG com mulheres jovens também foi evidenciada em estudo realizado no biênio 2019-2020, com 233 gestantes de 10 a 49 anos de idade, no município de Caxias, estado do Maranhão. O mesmo estudo também associou o uso de substâncias ilícitas pelo parceiro como fator a favorecer a ocorrência da violência[20] e de comportamentos sexuais de risco.[5] A violência psicológica em puérperas associa-se a parceiros que consomem bebida alcoólica, recusam-se ao uso de preservativo e não são pais biológicos da criança. A violência física, por sua vez, associou-se às mulheres cujos parceiros não trabalhavam e não aceitavam usar preservativo, além de indicar um risco aproximadamente nove vezes maior para a ocorrência de violência sexual quando o parceiro se recusava a utilizar preservativo.[5]

A violência na gestação pode reforçar as dificuldades do acesso à saúde de maneira adequada e regular, pela gestante, em decorrência do controle exercido pelo parceiro perpetrador da violência. Isto pode impactar em desfechos negativos para a saúde materna e fetal,[21] como parto prematuro, baixo peso ao nascer e pequeno para a idade gestacional.[18]

Quanto às limitações do estudo, o desenho transversal impossibilita determinar causalidade: a VPIG e a qualidade de vida foram medidas no mesmo momento, não sendo possível estimar a temporalidade entre essas variáveis. Ademais, acredita-se que a prevalência de VPIG seja subestimada, porque existe a probabilidade de as mulheres ocultarem a ocorrência da violência em razão da estigmatização dessa condição. Finalmente, os tipos de violências (física, psicológica e sexual) não foram analisados separadamente, devido ao tamanho amostral de cada categoria, o que impossibilita a análise dos dados com poder estatístico.

Entre os aspectos positivos da pesquisa, destaca-se a representatividade das gestantes que utilizam a APS de Criciúma, o uso de questionários validados para medir a VPI e a qualidade de vida, assim como o fato de este ser o primeiro estudo a estimar a associação entre VPIG e qualidade de vida no Brasil. Além do que, o uso do DAG permite a identificação de possíveis fatores de confusão e variáveis mediadoras, reduzindo a probabilidade de confusão ou viés de seleção.

Em conclusão, os dados apontaram que a VPIG está associada a pior qualidade de vida. Considerando-se que a violência é um evento evitável, faz-se necessária a articulação intersetorial das áreas da saúde, educação, assistência social e segurança pública para se avançar na discussão de políticas públicas e processos de trabalho dirigidos à prevenção de violências e promoção da saúde. Tendo em vista que, durante o pré-natal, há maior contato dos profissionais de saúde com as gestantes, torna-se importante o acompanhamento de sua saúde e o planejamento de intervenções que visem melhorar sua qualidade de vida e bem-estar, especialmente das vítimas de violência na gestação.

**CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Miranda VIA e Confortin SC contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Meller FO, Schäfer AA e Coll CVN contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Soratto J e Tomasi CD contribuíram na concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

**CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

**FINANCIAMENTO**

O estudo recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (Fapesc): Processo nº 2021TR001338.

**Correspondência:** Vanessa Iribarrem Avena Miranda | vanessairi@unesc.net

**Recebido em:** 17/10/2023 | **Aprovado em:** 22/01/2024

**Editora associada:** Alberto Madeiro

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO multi-country study study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005. 28p.
2. Araújo GA, Conceição HN, Brito PS, Rocha MR, Dantas JR, Silva LP. Violência por parceiro íntimo na gestação e repercussão na saúde da mulher e do concepto. Rev Enferm Atual In Derme. 2023;97(1):e023047. doi: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1514.
3. Barros CRS, Schraiber LB. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. Rev Saude Publica. 2017;51:7. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006385.
4. Brekke M, Amro A, Småstuen MC, Glavin K, Solberg B, Øygarden AMU, et al. Quality of life in Norwegian pregnant women and men with pregnant partners, and association with perception of sleep and depressive symptoms: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):37. doi: 10.1186/s12884-023-05379-x.
5. Silva RP, Leite FMC, Santos Netto ET, Deslandes SF. Intimate partner violence during pregnancy: a focus on partner characteristics. Cien Saude Colet. 2022;27(5):1873-82. doi: 10.1590/1413-81232022275.06542021EN.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023 [citado 2023 06 14]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.

8. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saude Publica. 2000;34(2):178-83. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012.
9. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. Rev Saude Publica. 2010;44(4):658-66. doi: 10.1590/S0034-89102010000400009.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Violência contra as mulheres [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; c2023 [citado 2023 06 14]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women.
11. Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25:e2901. doi: 10.1590/1518-8345.1535.2901.
12. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):455. doi: 10.1186/s12884-018-2087-4.
13. Silva AAM. Introdução à inferência causal em epidemiologia: uma abordagem gráfica e contrafatual. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. 402 p.
14. Santos AB, Santos KEP, Monteiro GTR, Prado PR, Amaral TLM. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. Cogitare Enfermag. 2015;20(2):392-400. doi: 10.5380/ce.v20i2.38166.
15. Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. JAMA. 2011;306(5):513-21. doi: 10.1001/jama.2011.1098.
16. Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. Domestic violence during pregnancy and women's health-related quality of life. Glob J Health Sci. 2015;8(2):27-34. doi: 10.5539/gjhs.v8n2p27.
17. Nowshad G, Jahan N, Shah NZ, Ali N, Ali T, Alam S, et al. Intimate-partner violence and its association with symptoms of depression, perceived health, and quality of life in the Himalayan Mountain Villages of Gilgit Baltistan. PLoS One. 2022;17(9):e0268735. doi: 10.1371/journal.pone.0268735.
18. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson 2nd JEJ. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(2):141-4. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.042.
19. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy. A systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2021;9:738459. doi: 10.3389/fpubh.2021.738459.
20. Conceição HN, Coelho SF, Madeiro AP. Prevalence and factors associated with intimate partner violence during pregnancy in Caxias, state of Maranhão, Brazil, 2019-2020. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(2):e2020848. doi: 10.1590/S1679-49742021000200012.
21. Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. Health Soc Care Community. 2021;29(3):612-30. doi: 10.1111/hsc.13282.