



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Antonia Mirely Inocência Da Silva

**Incidência de coerção sexual e reprodutiva cometida por
parceiro íntimo e suas implicações na saúde sexual e
reprodutiva em mulheres usuárias da atenção básica em
Manaus/AM**

Manaus
2025

Antonia Mirely Inocência da Silva

Incidência de coerção sexual e reprodutiva cometida por parceiro íntimo e suas implicações na saúde sexual e reprodutiva em mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Linha de Pesquisa: Distribuição e determinação dos agravos em saúde na região amazônica (Epidemiologia).

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis

Manaus

2025

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

D111i da Silva, Antonia Mirely Inocência

Incidência de coerção sexual e reprodutiva cometida por parceiro íntimo e suas implicações na saúde sexual e reprodutiva em mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM / Antonia Mirely Inocência da Silva . Manaus : [s.n], 2025.

113 f.: il.; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

Inclui Bibliografia. Inclui

Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Reis, Leonardo Naves dos.

1. Violência Por Parceiro Íntimo. 2. Coerção. 3. Saúde Reprodutiva.

4. Saúde Sexual. I. Reis, Leonardo Naves dos (Orient.) II.

Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial dessa dissertação, desde que citada a fonte

Assinatura

24 de fevereiro de 2025

Data



PPGSC Programa de
Pós-graduação em
Saúde Coletiva - UEA



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 18 dias do mês de fevereiro de 2025, às 07h:30min, de forma remota, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é "Incidência de coerção sexual e reprodutiva cometida por parceiro íntimo e suas implicações na saúde sexual e reprodutiva em mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM", apresentada por **Antônia Mirely Inocência da Silva**, sob orientação do Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis – Orientador **LEONARDO NAVES DOS REIS** Assinado de forma digital por LEONARDO NAVES DOS REIS
(X) Aprovada () Reprovada Assinatura..... Dados: 2025.02.18 14:38:40 -04'00'

Prof.^a Dra. Isabela Cristina de Miranda Gonçalves – Membro Titular **gov.br** Documento assinado digitalmente ISABELA CRISTINA DE MIRANDA GONCALVES
(X) Aprovada () Reprovada Assinatura..... Data: 18/02/2025 17:48:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Carla Aparecida Arena Ventura – Membro Titular **gov.br** Documento assinado digitalmente CARLA APARECIDA ARENA VENTURA
(X) Aprovada () Reprovada Assinatura..... Data: 19/02/2025 14:55:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Parecer Final:

(X) Aprovada () Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 18 de fevereiro de 2025.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, sempre acreditar e confiar no meu potencial.
Ao meu pai, por me ajudar a conquistar os meus sonhos.
Às mulheres. Em especial àquelas que já sofreram qualquer tipo de violência, por
sua força e resistência.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me conceder saúde durante essa trajetória.

À minha mãe **Sandra**, por me apoiar durante essa jornada, sem os seus esforços eu não seria o que sou.

Ao meu amado esposo **Emerson**, pelo amor, paciência e motivação que foram fundamentais para eu chegar até aqui.

Ao meu orientador, **Professor Doutor Leonardo Naves dos Reis**, por ter aceitado me orientar neste projeto desafiador, agradeço pelo acolhimento, ajuda e por tornar a experiência do mestrado acadêmico mais leve.

À **professora Doutora Isabela Cristina de Miranda Gonçalves**, na qual me espelho como exemplo de enfermeira desde a graduação, pelas colaborações valiosas concedidas durante a banca de qualificação.

À **professora Doutora Carla Arena Ventura**, pelas grandes contribuições à minha dissertação durante a banca de qualificação e que, mesmo à distância, se dispôs a estar presente e colaborar com suas ideias nesta pesquisa.

Às minhas grandes e eternas amigas, **Cássia, Priscilla e Débora**, pela amizade e apoio e incentivo durante todo esse processo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (**FAPEAM**), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (**CNPQ**) pelo apoio a pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

RESUMO

Silva, Antonia Mirely Inocência da. *Incidência de coerção sexual e reprodutiva cometida por parceiro íntimo e suas implicações na saúde sexual e reprodutiva em mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM*. 2025. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

A violência por parceiro íntimo (VPI) é caracterizada como “um comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause prejuízo físico, sexual ou psicológico, estando incluídas agressão física, coerção sexual, injúria, agressão psicológica e comportamentos controladores”. A VPI se distingue conforme as diferentes naturezas dos atos violentos, incluindo, as formas de violência sexual, que podem ainda se dividir em coerção sexual e reprodutiva. Esta pesquisa teve como objetivo geral a avaliação, entre usuárias de Unidades de Saúde da Família (USF) de Manaus/AM que possuem parceiro íntimo, do nível de autonomia reprodutiva, bem como da associação deste com os diferentes tipos de VPI. Foi realizada em 12 USF da cidade de Manaus, com 385 mulheres acima de 18 anos, usuárias do serviço de atenção básica situado na zona urbana do município de Manaus - AM. Para análise descritiva e exploratória, foi utilizado o software Stata 15, utilizando a técnica de regressão linear robusta para verificar as associações entre coerção sexual/reprodutiva com as demais variáveis, dentre elas a VPI. O escore de autonomia reprodutiva das mulheres desta pesquisa foi de 3,18. Na análise multivariada, foi identificado que as variáveis renda, coitarca, raça, consumo de álcool, sofrer violência psicológica e sexual do parceiro e cometer violência física contra o parceiro foram associadas ao nível de autonomia reprodutiva. Os fatores sociodemográficos e a violência influenciam a tomada de decisão das mulheres no que tange a sua saúde sexual e reprodutiva, destacando-se a variável raça com o maior impacto na autonomia reprodutiva das mulheres.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. Coerção. Saúde reprodutiva. Saúde sexual.

ABSTRACT

SILVA, Antonia Mirely Inocência da. *Incidence of sexual and reproductive coercion committed by an intimate partner and its implications for sexual and reproductive health in women using primary care in Manaus/AM*. 2025. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

Intimate partner violence (IPV) is characterized as “behavior within an intimate relationship that causes physical, sexual, or psychological harm, including physical aggression, sexual coercion, injury, psychological aggression, and controlling behaviors.” IPV is distinguished according to the different natures of violent acts, including forms of sexual violence, which can also be divided into sexual and reproductive coercion. The general objective of this research was to evaluate the level of reproductive autonomy among users of Family Health Units (USF) in Manaus/AM who have an intimate partner, as well as the association of this with the different types of IPV. It was conducted in 12 USF in the city of Manaus, with 385 women over 18 years old, users of the primary care service located in the urban area of the municipality of Manaus - AM. For descriptive and exploratory analysis, Stata 15 software was used, using the robust linear regression technique to verify the associations between sexual/reproductive coercion and the other variables, including IPV. The reproductive autonomy score of the women in this study was 3.18. In the multivariate analysis, it was identified that the variables income, coitus, race, alcohol consumption, suffering psychological and sexual violence from a partner and committing physical violence against a partner were associated with the level of reproductive autonomy. Sociodemographic factors and violence influence women's decision-making regarding their sexual and reproductive health, with the variable race standing out as having the greatest impact on women's reproductive autonomy.

Keywords: Intimate partner violence. Coercion. Reproductive health. Sexual health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Tipos de Violência de acordo com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)	17
Quadro 2. Tipos de coerção sexual de acordo com Chamberlain e Levenson (2012).	18
Quadro 3. Descrição da estratégia PICo (Manaus/AM), Brasil, 2024.....	24
Quadro 4. Estratégia de busca na Biblioteca Virtual em Saúde. Manaus, AM, 2024.	24
Figura 1. Fluxograma de PRISMA	25
Quadro 5. Apresentação dos resultados da revisão bibliográfica (autor, ano, título, amostra, tipo de estudo)	25
Intimate partner violence as a determinant of pregnancy termination among women in unions: evidence from the 2016–2018 Papua New Guinea Demographic and Health Survey	26
Quadro 6. Apresentação dos resultados da revisão bibliográfica (associações) e variáveis.	28
Quadro 7. Variáveis sociodemográficas e suas categorias.....	42
Quadro 8. Histórico pregresso e atual e suas categorias.....	43
Quadro 9. Variáveis da Escala de Autonomia Reprodutiva e suas categorias	43
Quadro 10. Variáveis <i>Revised Conflict Tactics Scale</i> (CTS2) e suas categorias*	44
Tabela 1. Teste de normalidade para as variáveis	50
Tabela 2. Nível de autonomia reprodutiva de acordo com as zonas da cidade de Manaus/AM	50
Tabela 3. Características descritivas das variáveis sociodemográficas das entrevistadas	52
Tabela 4. Características descritivas das variáveis sociodemográficas do parceiro .	53
Tabela 5. Distribuição dos tipos de violência perpetrada pela mulher contra o parceiro de acordo com o escore de autonomia reprodutiva	54
Tabela 6. Distribuição dos tipos de violência perpetrada pelo parceiro contra a mulher de acordo com o escore de autonomia reprodutiva	56
Tabela 7. Análise de Multicolinearidade dos dados.	57
Tabela 8. Distribuição dos fatores associados a Autonomia Reprodutiva de acordo com a Regressão Linear Robusta.....	58
Tabela 9. Escore de Autonomia Reprodutiva das mulheres usuárias da atenção básica de Manaus/AM.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTS2	<i>Revised Conflict Scale</i>
DISA	Distrito de Saúde
IST	Infecção sexualmente transmissível
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VPI	Violência por parceiro íntimo
APS	Atenção Primária à Saúde
DIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DP	Comitê de Ética em Pesquisa
VIF	Fator de Inflação da Variação

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
Std. Err.	Erro-Padrão
²	Ao quadrado
>	Maior que
<	Menor que

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos.....	15
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1 Violência por parceiro íntimo	16
3.2 Autonomia Reprodutiva	20
3.3 Variáveis associadas à coerção sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de serviços de saúde	23
3.3.1 Idade.....	32
3.3.2 Escolaridade.....	33
3.3.3 Renda Mensal.....	33
3.3.4 Estado Civil.....	34
3.3.5 Número de filhos	34
3.3.6 Ocupação	34
3.3.7 Raça	35
3.3.8 Idade do parceiro.....	35
3.3.9 Escolaridade do parceiro.....	35
3.3.10 Interrupção da gravidez (aborto)	36
3.3.11 Presença de IST's e leucorreias	36
3.3.12 Adesão de métodos contraceptivos	37
3.3.13 Uso de álcool e outras drogas.....	37
3.3.14 Tempo de relacionamento.....	38
3.3.15 Coitarca	38
3.3.16 Presença de transtornos mentais.....	38
4. MÉTODO	39
4.1 Desenho do estudo.....	39
4.2 Local do estudo.....	39
4.3 População e amostra do estudo	40
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	41

4.5 Variáveis	42
4.6 Coleta de dados	46
4.7 Análise de dados	46
4.8 Aspectos éticos	48
5. RESULTADOS	50
6. DISCUSSÃO.....	61
6.1 Autonomia reprodutiva a nível local, nacional e internacional	61
6.2 Autonomia reprodutiva e variáveis sociodemográficas	62
6.3 Autonomia reprodutiva e violência por parceiro íntimo	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
8. REFERÊNCIAS	74
9. ANEXO A – Instrumento de coleta de dados 2.....	90
10. ANEXO B – Instrumento de coleta de dados 3.....	98
11. ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas	102
12. APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	103
13. APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105
14. APÊNDICE C – Folheto Informativo Rede Intersetorial de Atendimento	108

1. INTRODUÇÃO

Apesar de ser um tema complexo, de difícil conceituação e de característica multicausal, pode-se definir a violência como: “ações humanas de indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (Minayo; Souza, 1997, p. 514).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório sobre violência e saúde, divide a violência de acordo com quem a comete em três grandes grupos: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. A violência interpessoal é aquela cometida por pessoas ou pequenos grupos e tem duas subcategorias, no qual, dentre elas, há a violência praticada pelo parceiro íntimo (OMS, 2002).

A violência por parceiro íntimo (VPI) é caracterizada como “um comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause prejuízo físico, sexual ou psicológico, estando incluídos agressão física, coerção sexual, injúria, agressão psicológica e comportamento controladores” (OMS, 2010, p.11).

Sabe-se que a VPI é a violência mais comum e mais prevalente cometida contra mulheres de todo o mundo. Estima-se que cerca de uma a cada três mulheres, em média 736 milhões de pessoas, sofrem violência por parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. Trata-se de um tipo de violência que se inicia cedo, no qual uma em cada quatro mulheres adolescentes e adultas jovens (15 a 24 anos) que já estiveram dentro de um relacionamento íntimo, sofre violência por seus parceiros por volta dos vinte e poucos anos (OMS, 2021).

Em um estudo multicêntrico realizado pela OMS com 24.000 mulheres em 10 países, foi observado que 13 a 63% das mulheres relataram sofrer violência física por seus parceiros íntimos em algum momento da sua vida. Em se tratando da VPI sexual, essa proporção é de 6 a 59% das entrevistadas (Garcia-Moreno, 2005).

Na América Latina, a prevalência de mulheres de 15 a 49 anos que sofrem VPI é de 25% (OMS, 2021). Em se tratando do Brasil, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, 6% das entrevistadas sofreram violência física, psicológica ou sexual por ex-parceiros ou parceiros atuais, no qual a proporção foi maior entre mulheres jovens (18 a 19 anos), e entre mulheres pretas e pardas (IBGE, 2024).

Além disso, em um estudo realizado com 34.334 mulheres brasileiras, foi identificado que a prevalência de VPI na Região Norte foi de 7,23%, sendo a segunda menor do país, ficando atrás apenas da Região Sul, com 6,77%. Enquanto que a Região Nordeste apresentou a maior prevalência do país, com 8,17% (Vasconcelos et al., 2021).

A nível local, os resultados de Mascarenhas et al., (2020) obtidos a partir de 454.894 registros de notificações de violência contra a mulher no país, por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificações, mostraram que o estado do Amazonas foi uma das unidades federativas com a menor proporção de VPI, com 48,5%. Em contraste, o estado do Espírito Santo registrou a maior proporção, com 67,6%.

Apesar de os seus impactos e consequências passarem despercebidos e seus efeitos serem subestimados (OMS, 2010), a VPI gera implicações na saúde, educação, no emprego e na economia (Mikton, 2010), causando custos enormes nos orçamentos nacionais (OMS, 2010). De acordo com a Gerência de Economia e Finança Empresariais (FIEMG) realizado em 2021, foi identificado que ao longo de 10 anos, o impacto a violência contra a mulher contribuiu para uma queda do produto interno bruto (PIB) brasileiro de cerca de R\$214 milhões, com essa violência causando perdas de 1,96 milhão de empregos no Brasil, prejuízos de R\$ 91,44 bilhões de salário e um déficit de arrecadação de tributos R\$ 16,44 bilhões em uma década. Em que essas consequências começam de forma insidiosa, com queda de produtividade e absenteísmo, e vão até a diminuição da renda de emprestar e postos de trabalho (FIEMG, 2021). Dentre as consequências na saúde, destaca-se: aumento do risco de lesões, transtornos mentais como depressão e ansiedade, infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez indesejada (OMS, 2010), distúrbios sexuais, doença inflamatória pélvica, abortamentos inseguros, mortalidade materna, neonatal e nascimento de recém-nascidos com baixo peso (Idoko et al., 2015).

No âmbito da assistência às mulheres vítimas de violência, destaca-se a rede intersetorial de atendimento, que é composta pelos serviços de saúde, segurança pública, assistência social e jurídica (Aguiar; D'Oliveira; Schraiber, 2020). No que tange o papel da saúde, observa-se a produção de materiais didáticos para serem disponibilizados aos profissionais de saúde para identificação e manejo das situações de violência contra a mulher, bem como a notificação compulsória de casos de violência interpessoal e encaminhamento adequado para os demais setores da rede de atendimento (Borsoi; Brandão; Cavalcanti, 2009).

Compreende-se que os serviços de saúde são locais privilegiados para o acolhimento das vítimas de violência, considerando que, muitas vezes, estas acessam esses serviços motivadas por outras demandas relacionadas às consequências da violência, sendo a VPI um motivo implícito da busca delas por atendimento (Borsoi; Brandão; Cavalcanti, 2009). Dessa forma, a Atenção Primária a Saúde (APS) se revela um espaço estratégico para o cuidado das vítimas de violência, tendo em vista que é a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

A APS tem grande importância no manejo das vítimas de VPI, principalmente por suas contribuições em ações voltadas à promoção da não-violência, prevenção dos casos, e realização de visitas domiciliares a partir do Programa de Estratégia de Saúde da Família. Além disso, o cuidado longitudinal propiciado pela APS demonstra a importância desse nível assistencial para as mulheres vítimas de violência (D'Oliveira et al., 2019).

Considerando as diversas dimensões da VPI, que se distingue conforme as diferentes naturezas dos atos violentos (psicológica, física, sexual e outros comportamentos controladores) destaca-se, como foco desta pesquisa, as formas de violência sexual, que incluem a coerção sexual e reprodutiva.

Sendo assim, a coerção sexual e reprodutiva envolve comportamentos do parceiro íntimo para controlar as decisões acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher. A coerção sexual representa atitudes que o parceiro pode praticar para coagir e manipular a mulher a ter relações sexuais com ele quando não é de sua vontade, sem o uso de força física. E a coerção reprodutiva por sua vez envolve atitudes por parte do parceiro de manipular a decisão da mulher sobre a gestação e uso ou não de métodos contraceptivos.

A coerção reprodutiva é dividida em: sabotagem contraceptiva e pressão e coerção na gravidez. A sabotagem contraceptiva envolve atitudes como quebrar, manipular e jogar no lixo os métodos contraceptivos da mulher, e a pressão e coerção na gravidez abrange atitudes para iniciar, manter ou interromper uma gravidez quando não é de sua vontade (Chamberlain; Levenson, 2012).

Nos Estados Unidos, 1 a cada 10 mulheres afirmou já ter sido estuprada por seu parceiro íntimo, e 1 a cada 8 mulheres relatou já ter sofrido coerção sexual em algum momento da sua vida. Quanto à coerção reprodutiva, 10% das mulheres relataram que o parceiro se recusou a usar preservativo durante o ato sexual ou tentou engravidá-la quando ela não queria (Basile et al., 2011). Em um estudo realizado no

Haiti com 2.266 mulheres casadas de 15 a 49 anos de idade, foi evidenciado que 16% das entrevistadas sofreram VPI sexual (Gage; Hutchinson, 2006).

No Brasil, em 2022 foram registradas 103.139 notificações de violência por parceiro íntimo (namorado, ex-namorado, cônjuge, ex-cônjuge), destas, 8.824 foram notificações de violência sexual e, a nível regional, no estado do Amazonas, viu-se um total de 1.164 notificações, das quais 441 foram de violência sexual por parceiros íntimos (Brasil, 2023).

A coerção reprodutiva é uma das inúmeras formas que um parceiro íntimo pode manipular e controlar as mulheres (Grace; Anderson, 2018). A prática da coerção reprodutiva resulta em consequências na saúde emocional, psicológica, sexual e reprodutiva da mulher que sofre com esse tipo de violência (Levesque; Rousseau; Dumerchat, 2021). Além disso, as mulheres que sofrem coerção sexual têm mais chances de ter um aborto do que aquelas que não passam por essa violência (Pilecco; Knauth; Vigo, 2011).

Considera-se que a prática de coerção sexual e reprodutiva reflete na falta de autonomia reprodutiva das mulheres vítimas desse tipo de violência, em que a definição de autonomia reprodutiva, de acordo com Upadhyay et al. (2014), se dá pelo poder de decidir e controlar sobre questões relacionadas ao uso de contraceptivos, gravidez e maternidade, ou seja, o controle da mulher sobre quais métodos contraceptivos usar (e se quer usar), em que momento deseja engravidar, e se no momento que engravida, se quer manter a gravidez.

Pelo exposto, esta pesquisa contempla relevância teórica e social, pois, conforme demonstrado, existe uma lacuna de conhecimento, visto que, apesar de inúmeros artigos abordarem o tema da VPI, poucos abordam o tema da coerção sexual e reprodutiva. No Brasil, há autores que vêm pesquisando sobre autonomia reprodutiva de mulheres, entretanto, seus resultados não estão sob a perspectiva da violência por parceiro íntimo e, além disso, os mesmos estão concentrados em outras regiões do Brasil (Fernandes et al., 2019; Dias et al., 2021), existindo essa ausência importante na Região Norte.

Assim, a presente pesquisa tem como intuito obter dados que se somem aos resultados das pesquisas anteriores e aprofundar os conhecimentos sobre a coerção sexual e reprodutiva. Cabe ressaltar que a assistência em saúde aborda e intervém em relação a violência por meio de métodos científicos compostos por 4 etapas, constituído por: 1) expor o máximo de conhecimento obtido sobre a violência, a partir

da coleta sistemática de dados; 2) entender o porquê ocorre a violência; 3) criar maneiras de prevenir a violência a partir de políticas públicas; e 4) realizar intervenções e divulgar os resultados das ações feitas (OMS, 2002).

A presente pesquisa se encaixa na primeira fase dentre aquelas mencionadas no parágrafo anterior, que consiste na exposição de tudo o que é relacionado com a presença da violência por meio da coleta sistemática de dados.

À vista disso, a presente pesquisa almeja, ainda, a partir dos dados que serão produzidos, contribuir para a gestão pública por meio da disponibilização dos dados epidemiológicos que serão revelados. Tais informações podem se mostrar úteis ao planejamento de políticas e protocolos para promoção da autonomia reprodutiva e prevenção, detecção e manejo da coerção sexual e reprodutiva perpetrada por parceiro íntimo, além de outras políticas e protocolos que possam contribuir para a diminuição da incidência de violência por parceiro íntimo e suas consequências como gravidez não planejada, abortos, aumento dos casos de IST e outros agravos.

1.1 Problema de pesquisa

Diante da ausência de estudos que abordem a autonomia reprodutiva na perspectiva da violência por parceiro íntimo na Região Norte, esta pesquisa visa analisar a incidência da coerção sexual e reprodutiva entre mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM, investigando sua relação com variáveis sociodemográficas, como renda, escolaridade e raça, e com diferentes formas de violência vivenciadas.

Apesar de políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, a coerção sexual e reprodutiva ainda é negligenciada no Brasil, pois essas políticas não abordam a violência por parceiro íntimo de forma específica. O presente estudo busca contribuir para essa lacuna ao identificar fatores associados à autonomia reprodutiva e sua relação com a violência por parceiro íntimo, fornecendo dados que possam subsidiar políticas públicas mais eficazes e intervenções na atenção primária à saúde.

1.2 Questão norteadora

Diante do exposto, considerando a lacuna de conhecimento sobre coerção sexual e reprodutiva perpetrada pelo parceiro íntimo, a escassez de estudos na Região Norte sobre o tema e os impactos da violência na autonomia reprodutiva das mulheres, questiona-se:

Quais fatores sociodemográficos, como renda, escolaridade e idade, estão associados à autonomia reprodutiva de mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM?

Qual o nível de autonomia reprodutiva das mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM, conforme mensurado pela Escala de Autonomia Reprodutiva adotada no estudo?

Como os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo (física, psicológica, sexual) afetam a autonomia reprodutiva de mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM?

2. OBJETIVO

2.1 Geral

Avaliar entre usuárias de Unidades de Saúde da Família (USF) de Manaus/AM que possuem parceiro íntimo, o nível de autonomia reprodutiva e sua relação com diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, considerando fatores sociodemográficos e de saúde.

2.2 Específicos

- a) Avaliar o nível de autonomia reprodutiva entre mulheres usuárias de USF de Manaus/AM que possuem parceiro íntimo.
- b) Analisar a distribuição das usuárias de USF de Manaus/AM, que possuem parceiro íntimo, segundo características sociodemográficas e nível de autonomia reprodutiva.
- c) Investigar a associação entre os diferentes tipos de VPI e o nível de autonomia reprodutiva de mulheres usuárias de USF de Manaus/AM.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Violência por parceiro íntimo

A violência é um tema profundo e complexo, de difícil conceituação, que pode ser definido como “ações humanas de indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (Minayo; Souza, 1997, p. 514).

Mesmo não sendo um problema do campo da saúde típico, a violência influencia o estado de saúde das pessoas, pois a partir da perpetração da violência, gera-se lesões, traumas, danos, mortes (Minayo, 2006), diminuição da qualidade de vida de quem convive com esse agravo à saúde e exposição das barreiras organizacionais que os serviços de saúde têm para lidarem com as vítimas que sofrem com esse problema (Njaine et al., 2020).

A partir disso, há de se considerar a violência como um problema de saúde pública, em que os profissionais da saúde não só devem assistir as consequências da violência, mas também se posicionarem, intervirem e combatê-la (Schraiber; D’oliveira; Couto, 2006).

Tratando a violência como um campo inerente da saúde, que colabora com os níveis maiores ou menores de bem-estar e qualidade de vida da população, faz-se necessário entender seus conceitos e categorias para então haver uma promoção da saúde, prevenção da violência e tratamento das consequências da mesma (Oliveira, 2008).

Deste modo, a OMS (2002) caracteriza a violência de acordo com quem comete o ato, em três grandes grupos: violência autoinfligida, coletiva e interpessoal. Em se tratando a violência interpessoal, é aquela que é cometida por uma pessoa ou grupo menores de pessoas. Além disso, há os subtipos de violência interpessoal, em que podem ser divididos em duas subcategorias: violência comunitária e violência de família e por parceiro íntimo. Destaca-se a violência por parceiro íntimo no presente marco teórico, sobretudo a de natureza sexual.

A partir disso, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção define a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) como “violência física, sexual, perseguição, agressão psicológica e controle da saúde reprodutiva e sexual por um parceiro íntimo atual ou antigo” (CDC, 2020). De acordo com Chamberlain e Levenson (2012), esse tipo de

violência também pode ser perpetrado por um parceiro que deseja estar em um relacionamento íntimo.

A VPI é um problema de saúde pública (Zaleski et al., 2009), que afeta cerca de 1 a cada 3 mulheres em todo mundo, aproximadamente 736 milhões de pessoas (OMS, 2021). Sendo que esse tipo de violência tem múltiplas causas (Lourenço; Costa, 2020). Afetando principalmente pessoas vulneráveis e com baixas condições socioeconômicas (OMS, 2010).

Em se tratando dos fatores de risco para sofrer esse tipo de violência, pontua-se a gravidez indesejada e o nível educacional baixo dos pais (Yakubovich et al., 2018), além de fatores socioeconômicos (Bessa; Drezett; Rolim; Abreu, 2014) como a baixa renda familiar e nível baixo de escolaridade (Silva; Leite, 2020). Além disso, mulheres de raça preta têm uma prevalência maior de sofrer VPI, bem como mulheres jovens de 18 a 24 anos (Vasconcelos et al., 2021).

A VPI é a violência mais comum cometida contra as mulheres (OPAS, 2017). Segundo a OMS (2021), 1 a cada 4 meninas adolescentes e mulheres jovens (15 - 24 anos) de idade vai sofrer VPI ao longo da vida, entre os seus 20 anos de idade.

No Brasil, devido às desigualdades de gênero produzidas pelo patriarcado, que naturaliza as atitudes e comportamentos dos homens, a violência de gênero é legitimada, sobretudo contra o gênero feminino (Garcia; Silva, 2018). A cada quatro minutos, uma mulher brasileira é agredida (Flaeschen, 2020). Em 2020, cerca de 13,4 milhões de mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência cometida por familiares, parceiros ou ex-parceiros, de forma psicológica, física ou sexual. Destas, 5,3 milhões de mulheres acima de 16 anos sofreram violência física perpetrada pelo parceiro íntimo (Bueno; Reinach, 2021).

Os tipos de violências que as mulheres podem sofrer são muitas. No Brasil, com a criação da Lei Maria da Penha, caracterizou-se os tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher como violência física, sexual, psicológica, patrimonial e moral (Brasil, 2006). A seguir um quadro explicativo para melhor entendimento dos tipos de violência e suas definições.

Quadro 1. Tipos de Violência de acordo com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)

Violência	Definição
-----------	-----------

Física	Qualquer conduta atinja a sua integridade física ou cause danos à saúde.
Sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Psicológica	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: Brasil (2006)

O presente estudo tem como foco a violência sexual, especificamente a coerção sexual e reprodutiva, no qual essas atitudes perpetradas por parceiro também são consideradas uma forma de violência. Na coerção sexual, o parceiro íntimo tem atitudes manipuladoras que visam controlar as decisões sexuais da mulher quanto a decisão dela de manter relações sexuais, não sendo utilizado uso de força física, apenas coação. Quanto à coerção reprodutiva, o parceiro íntimo tem comportamentos controladores que usa para interferir na gestação e no uso ou não de métodos contraceptivos. A coerção reprodutiva é dividida em 2 tipos: sabotagem contraceptiva e pressão e coerção na gravidez. A sabotagem contraceptiva é o controle no uso ou não de métodos contraceptivos, e a coerção e pressão na gravidez é o ato de ameaçar uma mulher a engravidar quando não é do seu desejo, também inclui violência contra as mulheres com o intuito de pressioná-la a interromper uma gestação (Chamberlain; Levenson, 2012). O quadro a seguir mostra exemplos de atitudes de cada tipo de coerção.

Quadro 2. Tipos de coerção sexual de acordo com Chamberlain e Levenson (2012).

Violência	Exemplos
-----------	----------

Coerção Sexual	Pressionar a parceira a ter relações sexuais quando não é de seu desejo; ameaçar terminar o relacionamento caso ela não tenha relações sexuais; não usar preservativo mesmo quando a parceira queira e proibir outras formas de profilaxia à IST; expor a parceira de forma intencional a uma IST ou HIV; ameaçar a parceira se for comunicado com um resultado reagente para qualquer IST.
Coerção Reprodutiva (sabotagem contraceptiva)	Esconder, reter ou destruir as pílulas anticoncepcionais da parceira; rasgar ou furar preservativo propositalmente, ou removê-lo durante o sexo para tentar manipular uma gravidez; não praticar o coito interrompido quando esse era o método acordado entre o casal; retirar anéis vaginais; rasgar adesivos anticoncepcionais; retirar DIU.
Coerção Reprodutiva (pressão e coerção na gravidez)	Forçar ou ameaçar machucar a parceira que não deseja iniciar ou manter uma gestação; forçar uma parceira a interromper uma gestação quando não é de sua vontade; causar dano a parceira para provocar um aborto espontâneo.

Fonte: Chamberlain e Levenson (2006)

A VPI afeta diretamente a saúde das mulheres, com impactos negativos associados à sua saúde física, psicológica e sexual, levando desde surgimento de lesões até a morte (Yakubovich et al., 2018). Dentre essas consequências, destaca-se as de saúde sexual e reprodutiva, como as ISTs, gravidez não planejada, abortos induzidos e problemas ginecológicos.

Os impactos e a ocorrência VPI e violência sexual são negligenciados, fazendo com que os danos que essas violências causam passem despercebidos pela sociedade (OMS, 2010). Além disso, muitas mulheres não conseguem reconhecer a coerção reprodutiva e sexual como uma violência (Miller; Silverman, 2012). Ademais, em se tratando especificamente das consequências da coerção sexual e reprodutiva, destaca-se as de natureza sexual, física, psicológica e emocional (Levesque; Rouseaau; Dumechart, 2021) como abortos espontâneos, perda da autonomia reprodutiva, comportamento de risco sexual, transtorno mental (Silva et al., 2020), ocorrência de IST (Williams; Clear; Coker, 2013) e gravidez indesejada (Miller; Silverman, 2012).

Cabe destacar que ao longo das décadas ocorreu uma transição epidemiológica no Brasil e no mundo, no qual as doenças infecciosas e agudas deram lugar para as doenças crônico-degenerativas e agravos ocasionados por violência e acidentes (Njaine et al., 2020). À vista disso, e por reconhecer a violência como uma questão social e de saúde, urgiu a necessidade de desenvolver um instrumento que

mensurasse a negociação de conflitos e presença de violência entre parceiros. Com isso, foi elaborado a escala de táticas de conflito, denominada de Conflict Tactics Scale 2 (CTS-2), foi criada em 1996 nos Estados Unidos (Strauss et al., 1996). A escala conta com 78 itens, divididos de acordo com a natureza da violência: violência física, violência psicológica, coerção sexual, lesão e negociação, em que cada forma de violência é dividida de acordo com gravidade (maior ou menor). Há duas formas de analisar a escala: cronicidade e prevalência, a escala de prevalência é a forma mais simples de utilizar o instrumento, no qual a resposta 0 significa que não sofreu VPI em qualquer item nos últimos 12 meses, e a resposta 1 significa que sofreu. Quanto à forma mais complexa de analisar o CTS-2, tem-se o escore de cronicidade, que indica quantas vezes durante 12 meses a sofreu VPI, com a pontuação variando de 0 a 3 (Moraes; Halsselmann; Reichenheim, 2002). No presente estudo, será utilizado o instrumento CTS-2 para identificar a VPI nas participantes.

3.2 Autonomia Reprodutiva

A definição de direito reprodutivo foi reconhecida internacionalmente em 1994 durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (DIPD), em que se caracteriza o direito reprodutivo como o direito de todo casal e indivíduo decidir de forma livre e espontânea se querem, em que momento, quantos e quando terão filhos, além de decidir sobre sua saúde reprodutiva sem nenhum tipo de preconceito, violência ou coerção (Nações Unidas, 1994).

O Ministério da Saúde define direito reprodutivo como “o direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Além do direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência” (Serra, 2018, p. 4).

Os debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres iniciaram por volta de 1830 com os movimentos feministas com os socialistas ingleses e ganharam força pelo resto do mundo com o passar dos séculos. No Brasil, o movimento feminista foi fundamental para garantir que as particularidades das mulheres fossem debatidas sob a perspectiva política, bem como essencial para desenvolver a sexualidade da mulher e minimizar a ideia de que maternar seja sua única função. Entretanto, ainda há um atraso na garantia da autonomia sexual e

reprodutiva das brasileiras, refletindo a presença do sistema patriarcal e persistência do poder e controle dos homens nas relações sociais (Verdana; Gervasoni, 2020).

O direito e a saúde sexual e reprodutiva são intrínsecos à autonomia reprodutiva. Em que o direito reprodutivo pertence aos direitos humanos, e a autonomia reprodutiva evidencia a importância do empoderamento do indivíduo em tomar decisões próprias sobre sua saúde reprodutiva (Correa; Petchesky, 1996). Apesar da saúde sexual e reprodutiva serem debatidas com mais frequência ao longo dos anos, tornando-se um tema emergente a nível mundial, sendo incluído dentro do 5ª objetivo dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, as mulheres ainda têm dificuldade de exercer sua autonomia reprodutiva devido às questões sociopolíticas e socioculturais (Santos et al., 2022). No qual muitas vezes as discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres é debatido sob a ótica enviesada da moral e religiosidade.

Com isso, a autonomia reprodutiva é definida como o poder de decidir e controlar sobre questões relacionadas ao uso de contraceptivos, gravidez e maternidade, ou seja, o controle da mulher sobre quais métodos contraceptivos usar (e se quer usar), em que momento deseja engravidar, e se no momento que engravida, se quer manter a gravidez (Upadhyay et al., 2014).

A autonomia reprodutiva é um tema complexo que vem sendo cada vez mais debatido ao longo dos anos. Os desafios da autonomia reprodutiva são muitos, entre eles estão a falta de acesso a serviços de saúde que ofereçam serviços reprodutivos e sexuais, e as dinâmicas de poder de gênero, no qual se expressam como um empecilho para o planejamento familiar dessa mulher, e, conseqüentemente, para sua autonomia reprodutiva (Kabagenyi et al., 2014).

À vista disso, a capacidade de uma mulher ter autonomia reprodutiva é influenciada por seus relacionamentos íntimos e pela cultura que estão inseridas, e se essas influências mudam, a autonomia reprodutiva dessa mulher também muda. Por exemplo, o nível de autonomia reprodutiva de uma mulher com um único parceiro é diferente da mulher que tem múltiplos parceiros. Assim como o nível de autonomia reprodutiva se modifica quando comparado mulheres que vivem em países sob um sistema patriarcal dos países que respeitam seus direitos sexuais e reprodutivos (Upadhyay et al., 2014). Em países que predomina a dinâmica de poder e controle de gênero, a autonomia reprodutiva dessas mulheres pode ser prejudicada, como é o

caso da Índia, onde as mulheres consideram seus maridos como uma barreira na adesão de métodos contraceptivos (Silvermann et al., 2019).

Dessa forma, a autonomia reprodutiva permite que as mulheres decidam sobre questões relacionadas à sua saúde reprodutiva e bem-estar sem a interferência de terceiros como parceiros, familiares, profissionais de saúde e governo (Loll et al., 2019).

Nas últimas décadas, os estudos sobre saúde reprodutiva vêm crescendo e ganhando espaço, e para aumentar esse arcabouço de pesquisas, foi proposto uma escala para avaliar a autonomia das mulheres em relação a suas decisões reprodutivas em 2014, nos Estados Unidos. A partir disso, foi desenvolvida e validada a Escala de Autonomia Reprodutiva, que é um instrumento que tem como objetivo analisar o poder que uma mulher tem de tomar decisões sobre questões acerca da sua saúde reprodutiva, sendo dividido em subescalas de tomada de decisão, ausência de coerção reprodutiva e comunicação (Upadhyay et al., 2014).

Quando analisado o nível de autonomia reprodutiva de mulheres ao redor do mundo por meio da Escala de Autonomia Reprodutiva, percebe-se que o nível de autonomia reprodutiva de mulheres britânicas acima de 15 anos é de 3,38 (Riches; Barret; Hall, 2022). Nos Estados Unidos, onde a escala foi validada, o escore da subescala ausência de coerção foi de 3,57 (0-4), 3,53 para comunicação (0-4), e 2,46 para tomada de decisão (0-3). No Brasil, o nível de autonomia reprodutiva das trabalhadoras rurais e quilombolas foi 2,93, em que a média para as subescalas de ausência de coerção, comunicação e tomada de decisão foi de 3,08; 2,89 e 2,45, respectivamente (Fernandes et al., 2019).

Diversos fatores influenciam as decisões das mulheres sobre sua autonomia reprodutiva, incluindo condições sociodemográficas (Dias et al., 2021) e socioeconômicas, no qual muitas vezes essas mulheres veem como única alternativa a escolha comum de união e casamento, sobretudo aquelas com uma renda financeira e nível de escolaridade menor. Em especial mulheres negras e quilombolas, no qual seus direitos sexuais e reprodutivos são negados por causas socioeconômicas, educacionais, culturais e pela falta de acesso a serviços de saúde (Fernandes et al., 2020). Como se observa nos resultados de Dias et al (2022), que evidenciam que ser da raça “branca” é um fator de proteção para autonomia reprodutiva, ou seja, mulheres brancas têm uma autonomia maior para escolha de métodos contraceptivos do que

mulheres pretas. Nota-se, também, que a coerção reprodutiva é uma barreira para a autonomia reprodutiva das mulheres (Silvermann et al., 2019).

Desse modo, os desafios para a concretização da autonomia reprodutiva das mulheres são enormes. Faz-se necessário diminuir o tabu que se interpõe em torno da liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, debater sobre direitos reprodutivos e sexuais sob a perspectiva científica e social, e implementar políticas públicas que abarquem essa temática para que se possa alcançar a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres.

3.3 Variáveis associadas à coerção sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de serviços de saúde

Para a identificação dos artigos que tratam sobre os fatores associados à coerção sexual e reprodutiva, foi realizado uma revisão integrativa. A revisão integrativa é o método ideal para a realização de buscas, análises críticas e síntese dos estudos do tema que se pretende pesquisar, no qual apresenta 6 etapas: 1) identificação do tema e elaboração de pergunta de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos na busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Inicialmente foi elaborada a seguinte pergunta PICO: “Quais as variáveis relacionadas à prática de coerção sexual e reprodutiva em mulheres que acessam serviços de saúde?” (Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

A partir disso, foram localizados os descritores na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), seguindo a estratégia PICO (quadro 3). Após isso, foi realizada a busca na literatura, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil), formulando as combinações com os descritores da DeCS e o operador booleano AND (quadro 4), incluindo as bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE. Como critérios de inclusão foram definidos: artigos completos nos idiomas português e inglês publicados entre os anos de 2013 e 2023.

O intervalo de tempo de 10 anos para a presente revisão se deu devido à escassez de artigos que envolvessem o tema sobre coerção sexual e reprodutiva,

pois, com um intervalo menor, como 5 anos, diminuiria a quantidade de artigos encontrados, sendo insuficiente para responder à pergunta PICo desta pesquisa.

Como critérios de exclusão estabeleceu-se as literaturas cinzentas. Após a identificação dos estudos, aplicação dos critérios de exclusão, remoção dos artigos científicos duplicados, leitura dos títulos dos artigos seguido dos resumos, e leitura do texto na íntegra, restaram 22 artigos para esta RIL.

A revisão foi realizada por dois autores, que trabalharam em conjunto para analisar os artigos escolhidos para a pesquisa. Quando surgiram questionamentos ou divergências sobre a interpretação de determinados textos, os autores discutiram suas diferentes perspectivas até chegarem a um acordo, alinhando as informações para assegurar a precisão e consistência dos dados utilizados neste estudo. Este processo colaborativo foi fundamental para garantir que a revisão fosse feita de maneira rigorosa e sem distorções. Ressalta-se que o programa Zotero foi a principal ferramenta utilizada para organização e gerenciamento das referências bibliográficas, sendo um facilitador no processo de coleta, armazenamento e inclusão dos artigos selecionados.

O método da referida revisão integrativa se deu a partir do fluxograma de Prisma em 4 etapas: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, visualizado na figura 1 (Galvão; Pansani; Harrad, 2015).

Quadro 3. Descrição da estratégia PICo (Manaus/AM), Brasil, 2024.

Acrônimo	Vocabulário	Descritores
P - população	DeCS	Mulher; Mulheres; Meninas Woman; Women; Girls
I – intervenção	DeCS	Serviços de Saúde, Saúde da Mulher, Saúde das Mulheres Woman's Health; Women's Health, Reproductive Health
Co – contexto	DeCS	Comportamento Sexual; Delitos Sexuais; Abuso Sexual Coercion; Sexual Behavior; Sexual Violence

Fonte: Os autores (2024)

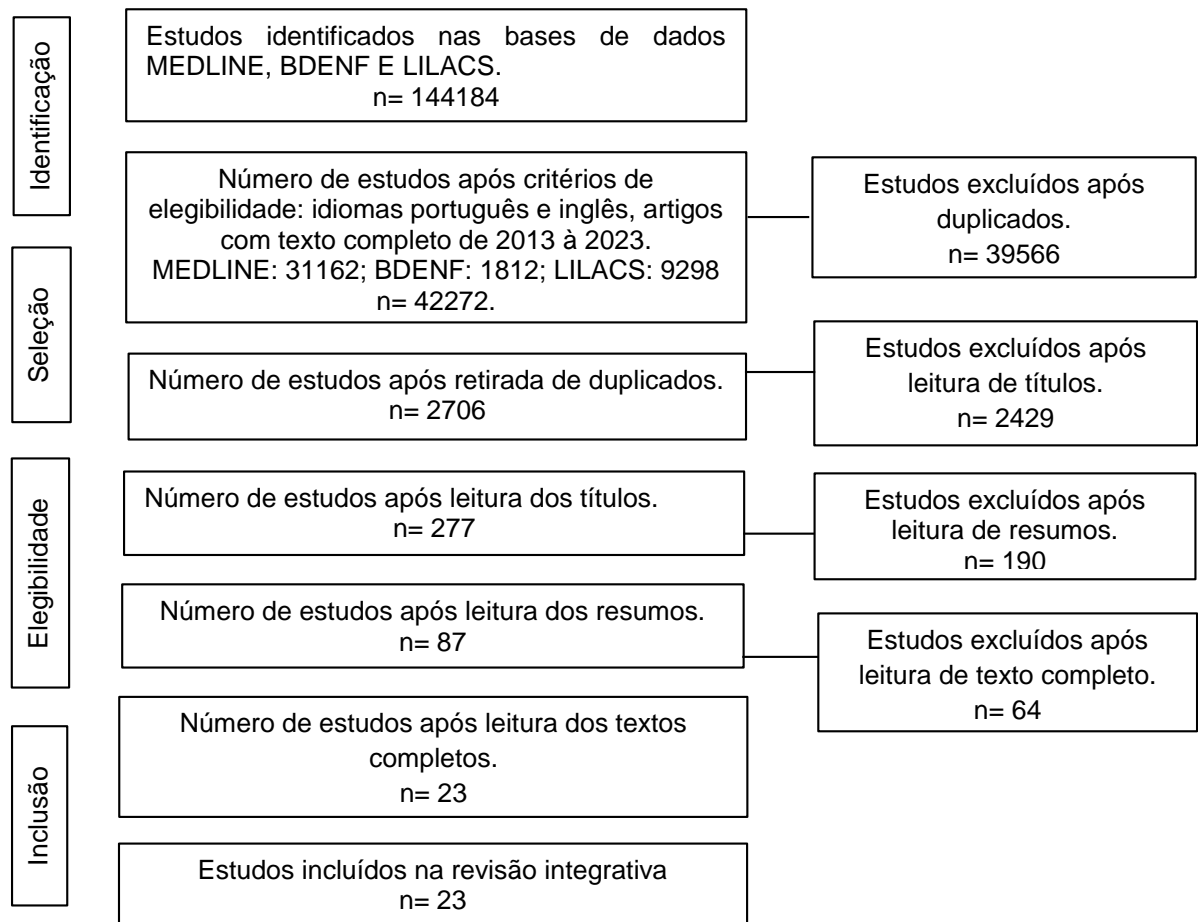
Quadro 4. Estratégia de busca na Biblioteca Virtual em Saúde. Manaus, AM, 2024.

Estratégia de busca	
Mulher AND Saúde das Mulheres AND Comportamento Sexual	Mulher AND Serviços de Saúde AND Delitos Sexuais
Mulheres AND Serviços de Saúde AND Delitos Sexuais	Mulheres AND Saúde das Mulheres AND Comportamento Sexual

Meninas AND Saúde da Mulher AND Abuso Sexual	Meninas AND Serviços de Saúde AND Comportamento Sexual
Women AND Women's Health AND Coercion	Women AND Reproductive Health; AND Sexual Violence
Woman AND Woman's Health AND Sexual Violence	Woman AND Reproductive Health AND Coercion

Fonte: Os autores (2024).

Figura 1. Fluxograma de PRISMA



Fonte: Os autores (2023)

Segue os resultados da revisão integrativa no quadro 5 e 6.

Quadro 5. Apresentação dos resultados da revisão bibliográfica (autor, ano, título, amostra, tipo de estudo)

Cód.	Autor/Ano	Título	Amostra	Tipo de estudo
------	-----------	--------	---------	----------------

1	Misgana , Tadesse et al., 2022.	Intimate Partner Violence and Its Predictors among Pregnant Women in Eastern Ethiopia: Generalized Structural Equation Modeling.	Foi realizada amostragem aleatória simples, com n= 1015 mulheres grávidas.	Observacio nal transversal
2	Agyema ng- Duah, Williams et al., 2023.	Intimate partner violence as a determinant of pregnancy termination among women in unions: evidence from the 2016–2018 Papua New Guinea Demographic and Health Survey	A amostra foi composta por 9.943 mulheres que estavam dentro de uma relação íntima durante a pesquisa.	Observacio nal transversal
3	Delong, Stephani e et al., 2020.	Married very young adolescent girls in Niger at greatest risk of lifetime male partner reproductive coercion and sexual violence.	O estudo incluiu meninas adolescentes, mulheres jovens e seus maridos, n=1072 meninas/mulheres e 1080 homens.	Experiment al ensaio clínico randomizad o
4	Silva, Thais Mageski et al., 2018.	Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência.	A população foi constituída por mulheres vítimas de violência, com idade maior ou igual a 18 anos, atendidas em um centro de apoio multidisciplinar, com uma amostra de 42 participantes.	Observacio nal transversal
5	Mitchell, Ele; Bennett, Linda Rae, 2020.	Pressure and Persuasion: Young Fijian Women's Experiences of Sexual and Reproductive Coercion in Romantic Relationships.	É um trabalho de campo etnográfico com jovens mulheres solteiras que frequentam a universidade em Suva, Fiji.a amostra se deu com 17 mulheres com idade de 18 a 26 anos.	Qualitativo exploratório etnográfico
6	Jahromi, Marzieh Kargar et al., 2015.	Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women by Their Husbands in Iran	Participaram do estudo mulheres de 16 a 80 anos de idade, casadas, encaminhadas a uma clínica feminina que vivem em Jahrom, ao sul do Irã. n= 998	Observacio nal transversal
7	Clark, Linday E. et al, 2013.	Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients.	Participaram do estudo mulheres de 18 a 44 anos que estavam internadas em uma clínica de obstetrícia e ginecologia. Para serem incluídas na análise final, as mulheres deveriam responder pelo menos 1 das 14 perguntas sobre coerção reprodutiva. n = 737	Observacio nal transversal
8	Williams , Corrine M.; Clear, Emily R.; Coker,	Sexual coercion and sexual violence at first intercourse associated with sexually transmitted infections.	Foram analisadas entrevistadas sexo feminino de 18 a 44 anos que responderam questões da Pesquisa Nacional de Crescimento Familiar de 2006- 2010 sobre coerção na primeira relação sexual (n = 9.466)	Observacio nal transversal

	Ann L., 2013.			
9	Ahinkorah, Bright Opoku et al., 2020.	Sexual violence and unmet need for contraception among married and cohabiting women in sub-Saharan Africa: Evidence from demographic and health surveys	Este estudo é baseado em análises secundárias de dados do inquérito Demographic and Health Surveys, inquérito esse que foi realizado entre 2010 e 2018 em 26 países da África subsariana. n = 101.968	Observacional transversal
10	Flores, Yesica Yolanda Rangel, 2016.	A violência sexual como fator limitante na percepção e gestão do risco de HIV em mulheres casadas com migrantes	As entrevistadas foram mulheres casadas com migrantes internacionais, com um n amostral de 21 participantes.	Qualitativo etnográfico
11	Torkashvand Saman et al., 2020.	Sexual Violence in Women with HIV Positive Spouse and Their Mental Health.	Estudo realizado com 143 mulheres encaminhadas para a Clínica de Doenças Relacionadas ao Comportamento de Risco, localizadas no Irã.	Observacional transversal
12	Bola, Solanke Lukman, 2016.	Spousal violence and pregnancy termination among married women in Nigeria.	Usando dados da Pesquisa Demográfica e de Saúde da Nigéria de 2013, participaram do estudo Mulheres 21.196 casadas.	Observacional transversal
13	Silva, Viviane Graciele Da; Ribeiro, Patrícia Mônica, 2020.	Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde	Amostra: 10 enfermeiras atuantes há pelo menos 1 ano na Atenção Primária a Saúde.	Qualitativo descritivo e exploratório
14	Silva, Ana Cristina Fernandes et al, 2020.	Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF	A população do estudo foram mulheres usuárias e cadastradas nas respectivas UBS. n = 711.	Observacional, transversal
15	Srinivasan, Sonia et al., 2020.	Women's expectations of healthcare providers in the context of reproductive abuse in Australia.	Estudo contou com a participação de 14 mulheres que se autoidentificavam como sobreviventes do abuso reprodutivo	Qualitativo exploratório
16	Paterno, Mary T. et al., 2020.	Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics	As participantes do estudo foram mulheres adultas jovens, com n amostral de 130 entrevistadas, amostragem da população foi por conveniência.	Estudo de método misto, transversal

17	Soleimani, Robabeh; Ahmadi, Reza; Yosefnezhad, Azadeh, 2017.	Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran.	Participaram da pesquisa 2091 mulheres casadas.	Observacional transversal
18	Draughon, Jessica E. et al., 2015.	Impact of Intimate Partner Forced Sex on HIV Risk Factors in Physically Abused African American and African Caribbean Women	Participaram do estudo Mulheres entre 18-55 anos que tiveram um relacionamento íntimo nos últimos 2 anos, com um n amostral de 901 participantes	Observacional do tipo caso-controle
19	Sigbeku, O. A.; Fawole, O. I.; Ogunniyan, T. B., 2015.	Experience Of Intimate Partner Violence As A Predictor Of Sexually Transmitted Infections Among Married Women In Nigeria	Participaram do estudo mulheres de 18 a 49 anos, com um n amostral de 18.402 participantes.	Observacional transversal
20	Marais, Adele et al., 2019.	"If He's Abusing You...The Baby Is Going To Be Affected": Hiv-Positive Pregnant Women's Experiences Of Intimate Partner Violence	Participaram do estudo 12 gestantes HIV positivos com história recente de violência por parceiro íntimo.	Estudo qualitativo descritivo
21	Du Mont, Janice et al., 2016.	A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services	Participaram do estudo 619 mulheres com 16 anos ou mais de idade que foram agredidas por um agressor.	Observacional transversal
22	Zhang, Wen et al., 2021.	A Moderated Mediation Analysis of Condom Negotiation and Sexual Orientation on the Relationship Between Sexual Coercion and Condom Use in Chinese Young Women: Cross-Sectional Study	Incluídas no estudo estudantes universitárias do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos.	Experimental do tipo ensaio clínico randomizado

Fonte: Os autores (2023)

Quadro 6. Apresentação dos resultados da revisão bibliográfica (associações) e variáveis.

	Variáveis e suas associações	Variáveis
1	A maior violência por parceiro íntimo foi observada no domínio sexual da VPI (31,6%). O nível de riqueza e o comportamento controlador do marido foram associados à violência sexual por parceiro íntimo. No	Renda; comportamento controlador do parceiro

	mais, a probabilidade de sofrer violência sexual diminuiu em 36 a 47% em mulheres que recebem quintis de renda médios e altos em comparação as que recebem quintis mais pobres.	
2	O estudo revelou que houve associação entre faixas etárias, local de residência, nível de escolaridade mais alto, nível de riqueza, estado civil, número de filhos, situação ocupacional, idade do parceiro, nível de escolaridade do parceiro, assistir televisão, ouvir rádio, ler jornais/revistas e ter sofrido VPI dentro da situação de interrupção da gravidez entre as mulheres da união em Papua Nova Guiné. O estudo revelou que as participantes que sofreram VPI tiveram 1,75 vezes significativamente mais chances de interromper uma gravidez do que aquelas que não sofreram VPI.	Idade; local de residência; escolaridade; renda; estado civil; número de filhos; situação ocupacional; idade do parceiro; nível de escolaridade do parceiro; assistir televisão; ouvir rádio; ler jornais/revistas e sofrer VPI
3	Entre 11-17% das garotas adolescentes e mulheres jovens em todas as faixas etárias relataram coerção reprodutiva ao longo da vida, com meninas de 13-14 anos de idade relatando a maior porcentagem. As mulheres múltiparas do estudo sofreram coerção reprodutiva. A ocorrência de coerção reprodutiva entre meninas de 13 a 14 anos foi de 60%, enquanto foi de 9% entre adolescentes de 15 a 16 anos de idade e 11% entre jovens de 17 a 19 anos de idade. Entre 11-17% das adolescentes e mulheres jovens em todas as faixas etárias relataram coerção reprodutiva ao longo da vida, com meninas de 13 e 14 anos de idade relatando a maior porcentagem.	Idade; número de filhos
4	Das 42 participantes, 88,0% informaram já ter engravidado, sendo que cerca de 70% tinham de dois a três filhos. A maioria das mulheres afirmou ter realizado o acompanhamento pré-natal (83,7%) e não vivenciou o abortamento (62,2%). Nota-se, entre as participantes, uma maior prevalência de mulheres múltiparas, ou seja, com dois filhos ou mais. Constatou-se que 66,7% das mulheres tiveram sua primeira relação sexual entre 15 e 18 anos. Quanto ao uso de método contraceptivo, 57% afirmaram usar algum método e 52% relataram que o parceiro já evitou que esse uso fosse feito. Em relação à camisinha, cerca de 88% das participantes negaram o uso durante as relações sexuais, e a maioria das entrevistadas já fez o teste de HIV. Mais da metade das entrevistadas negou história de corrimento vaginal.	Número de filhos; coitarca; uso de métodos contraceptivos
5	A maioria das mulheres jovens com faixa etária de 13 a 17 anos descreveu vários graus de pressão verbal, táticas coercitivas e manipulação de parceiros românticos para praticar sexo antes do casamento. Quatro mulheres que tiveram gravidez divulgada enfrentaram uma série de práticas coercitivas de parceiros masculinos relacionadas à gravidez, incluindo pressão verbal para fazer um aborto, ameaças e difamação se elas se recusassem a interromper a gravidez e coerção ao aborto sob coação. Sete jovens mulheres iTaukei relataram experiências em que se sentiram pressionadas, manipuladas ou enganadas para fazer sexo sem camisinha por seus parceiros românticos. As mulheres de iTaukei experimentaram a coerção do aborto mesmo quando seus parceiros optaram por renunciar ao uso de anticoncepcionais para evitar a gravidez, a coerção ao aborto foi vivenciada por todas as mulheres que revelaram ter engravidado.	Idade; aborto; uso de métodos contraceptivos
6	Identificou-se que há associação entre violência e idade da vítima, a idade do marido, duração do casamento, escolaridade das mulheres e escolaridade dos homens. Os resultados do estudo mostram que existe uma relação entre abuso de drogas e violência doméstica. Mulheres casadas há menos de cinco anos têm maior probabilidade de serem vítimas de violência doméstica.	Idade; idade do parceiro; tempo de relacionamento; escolaridade; escolaridade dos parceiros

7	<p>16% das mulheres relataram alguma forma de coerção reprodutiva, coerção na gravidez, sabotagem de controle de natalidade ou ambos durante a vida. As mulheres que relataram coerção reprodutiva eram mais propensas a serem solteiras ou estarem em um relacionamento amoroso, mais probabilidade de serem negras, pardas ou de "outras- raças". Mulheres solteiras ou em um relacionamento de namoro eram 2 vezes mais propensas a relatar coerção reprodutiva do que mulheres em um relacionamento sério. Além disso, as mulheres que sofreram coerção reprodutiva eram menos propensas a anunciar sua gravidez. 46,6% das mulheres que sofreram sabotagem de controle de natalidade também relataram violência por parceiro íntimo nessa mesma relação, e 34% das que sofreram coerção reprodutiva na gravidez relataram ocorrência de VPI. Das mulheres que sofreram coerção sexual, 20% afirmaram que teria sido útil se seus médicos ou profissionais de saúde tivessem discutido formas ocultas de controle de natalidade com elas.</p>	Estado civil; raça; violência por parceiro íntimo
8	<p>A coerção na primeira relação sexual foi associada a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A chance de relatar uma IST foi significativamente maior para as mulheres que sofreram coerção sexual. As ISTs foram significativamente associadas à raça/etnia da entrevistada, escolaridade, estado civil, idade da primeira relação sexual e escolaridade da entrevistada. Há associação entre coerção sexual e violência sexual na primeira relação sexual e ISTs. Ter relação sexual forçada também foi uma variável importante para a presença de IST nessas entrevistadas.</p>	IST; raça; escolaridade; estado civil; coitarca
9	<p>A prevalência geral de experiência de violência sexual no último ano foi de 8,7% entre mulheres casadas e que moravam na mesma residência que o agressor. Mulheres de 45 a 49 anos tiveram uma prevalência maior (39%) de não terem suas necessidades contracepção atendidas em comparação com aquelas de 15 a 19 anos (26,4%). Mulheres em domicílios chefiados por mulheres (31,6%), sem educação formal (32,4%), em áreas rurais (29,2%), em união estável (34,5%), no quintil de riqueza mais pobre (31,0%), mulheres que pariram 4 ou mais vezes (34,4%) tiveram a maior prevalência de necessidade contraceptiva não atendida por seus parceiros. As mulheres que sofreram violência sexual eram mais propensas a não ter sua necessidade de contracepção satisfeita.</p>	Idade; escolaridade; local de residência, estado civil, renda, número de filhos
10	<p>Todas as mulheres relataram ter vivenciado VPI. Entretanto, foi identificada certa dificuldade em reconhecer as modalidades de violência sexual que elas sofreram em sua vida marital, devido à "normalização" e à "legitimação". Alguns fatores desencorajam as mulheres para usar preservativo, como a negação violenta do seu uso por parte dos homens. No entanto, há casos em que elas eram conscientes da importância da utilização do preservativo, mas tiveram que aceitar a recusa de seu uso pelos parceiros e tiveram que viver com o medo de ser infectadas, reconhecendo-se sem autonomia da sua própria saúde sexual e reprodutiva.</p>	Uso de métodos contraceptivos
11	<p>A média de violência sexual em mulheres com cônjuge HIV+ foi de $6,7 \pm 5,7$, e no grupo controle foi de $3,8 \pm 3,6$. As questões sobre frequência com que "forçar a ver fotos ou vídeos pornográficos", "ignorar o prazer sexual da mulher", foi maior em mulheres com parceiro HIV+ do que no grupo controle. Houve uma associação entre violência sexual e o tempo de casamento entre os participantes, bem como a ocorrência de violência sexual e presença de doenças mentais. Também há uma associação entre aborto relacionado à violência sexual, IST, tentativas de suicídio e violência sexual contra mulheres. Nas mulheres, a</p>	Tempo de relacionamento; presença de transtornos mentais; aborto

	violência sexual está relacionada a fatores de risco como tabagismo, etilismo e multiparceiros.	
1 2	Mulheres que já interromperam a gravidez sofreram mais vezes VPI sexual do que as que nunca interromperam a gravidez. As variáveis escolaridade do parceiro, consumo de álcool do parceiro e renda familiar foram associadas à violência sexual conjugal. A probabilidade de interromper a gravidez foi 8% maior entre aquelas que sofreram violência sexual conjugal do que mulheres que nunca sofreram violência sexual conjugal.	Aborto; renda; escolaridade do parceiro; consumo de álcool pelo parceiro
1 3	A maioria dos profissionais participantes consegue compreender que há diversos tipos de violência e citam a violência sexual como uma delas. As principais ferramentas utilizadas para a identificação dos casos de violência são a anamnese, exame físico e escuta ativa. Alguns participantes deste estudo relataram observar a relação entre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas e a ocorrência de violências. Foi constatado que os profissionais não realizam a notificação quando suspeitam de violência.	Uso de substâncias lícitas e ilícitas
1 4	A violência sexual teve associação com mulheres que tiveram mais de 4 gestações e mais de 3 filhos. IST's, aborto espontâneo e provocado e a idade de início da atividade sexual também tiveram relação com a ocorrência de violência sexual. Bem como a associação entre idade da coitarca de 10 a 14 anos de idade com violência sexual.	Número de filhos; coitarca; IST; aborto
1 5	O tipo de abuso reprodutivo mais comumente experimentado foi o controle do resultado da gravidez (8), incluindo aborto forçado ou coagido (6), prevenção de buscar um aborto (1) e aborto induzido por violência física (1). Levar a sério as preocupações das mulheres e ter o foco nas experiências e emoções das mulheres que passam por abuso reprodutivo por parte dos profissionais é um fator facilitador para permitir que as mulheres acessem os cuidados de saúde. As mulheres deste estudo também afirmam que os profissionais de saúde têm papel fundamental para ajudar a compreender o abuso reprodutivo como forma de violência. Apesar disso, ter a visão do profissional de saúde como autoridade moral também pode ser uma barreira para a mulher se sentir confortável em falar da sua experiência do abuso reprodutivo.	Aborto
1 6	15,4% das participantes relataram experiência de coerção reprodutiva nos 90 dias anteriores à participação no estudo e 27,7% relataram coerção reprodutiva no último ano. Todas as mulheres que sofreram coerção reprodutiva identificaram isso em suas entrevistas como uma forma de abuso, particularmente quando envolvia sabotagem de controle de natalidade. Não houve diferença na probabilidade de coerção reprodutiva ao comparar as mulheres que estiveram com seus parceiros por 2 anos ou mais com aquelas que estavam com seus parceiros há menos de 2 anos. Por fim, a experiência de VPI foi associada à experiência de coerção reprodutiva.	Violência pelo parceiro íntimo; menos confiança no relacionamento; uso de métodos contraceptivos
1 7	Mulheres que já sofreram VPI têm maior probabilidade de apresentar sintomas de transtornos de saúde mental A coerção sexual e a agressão psicológica foram preditores de mulheres com transtornos de saúde mental. A média de idade das mulheres abusadas era dois anos mais jovem do que o grupo de controle. Houve diferenças nas variáveis idade, nível de escolaridade e ocupação das mulheres e seus maridos quando comparado o grupo de mulheres que sofreram e não sofreram VPI. Bem como a variável vício dos maridos e status de chefe de família entre os dois grupos.	Idade; transtornos mentais; nível e escolaridade; ocupação; ocupação dos parceiros

18	Mais de um terço (38%) das mulheres relatou uma experiência de sexo forçado com parceiro íntimo. Os fatores que foram associados a experiência de sexo forçado por parceiro íntimo foram: realizar sexo em troca de algo, várias parcerias sexuais pelo agressor e uso inconsistente do preservativo durante sexo anal, nunca pedir ao agressor para usar preservativo e nunca ter recusado sexo se um parceiro não quisesse usar preservativo.	Número de parcerias sexuais; uso inconsistente de métodos contraceptivos
19	A experiência de VPI física e sexual foi associada à história de IST. Os entrevistados com ensino superior relataram a maior proporção (8,0%) de IST, em comparação com outros grupos educacionais. Os entrevistados no quintil de riqueza média relataram a maior proporção (7,8%) de IST. Quase 8% das entrevistadas que tiveram mais de um parceiro sexual relataram ter IST em comparação com 6,9% das entrevistadas com apenas um parceiro. As entrevistadas que tiveram sua coitarca com até 15 anos relataram a maior proporção (8,0%) de ISTs em comparação com as entrevistadas cuja coitarca ocorreu após os 16 anos. A maioria das entrevistadas tinha corrimento genital, 3,5% tinham feridas genitais enquanto 3,2% tinham outros sintomas de IST. Mulheres casadas que sofreram VPI tiveram 1,4 vezes mais chances de relatar IST do que aquelas que não sofreram.	IST; renda; coitarca
20	Para a maioria das mulheres deste estudo, a gravidez atual não foi planejada, o que elas observaram como resultado direto ou indireto do abuso em seus relacionamentos. Muitas mulheres relataram não ter autonomia sobre suas decisões sexuais e, portanto, não ter poder de prevenir a infecção do HIV e de implementar comportamentos relacionados à saúde física e mental.	Gravidez indesejada
21	Parceiros íntimos foram responsáveis por (18,9%) das agressões sexuais. As mulheres casadas, em união estável, separadas, divorciadas ou viúvas são mais propensas a serem agredidas sexualmente por um parceiro íntimo do que as mulheres que se identificam como solteiras. As mulheres agredidas sexualmente por um parceiro íntimo eram menos propensas a ter recebido profilaxia contra gravidez, profilaxia para ISTs e aconselhamento para uso potencial de HIV PEP.	Gravidez indesejada; IST
22	A relação entre a coerção sexual e o uso do preservativo é mediada pelo nível de negociação do preservativo. O nível mais alto de coerção sexual diminuiu a negociação de preservativos. As participantes que experimentaram coerção sexual eram menos propensas a se envolver na negociação de preservativos.	Estado civil; uso de métodos contraceptivos

Fonte: Os autores (2023)

A seguir, são descritos os achados acerca de cada uma das variáveis identificadas na literatura, como importantes para o tema que se pretende investigar:

3.3.1 Idade

Quanto a variável idade, alguns estudos afirmam que há associação entre idade e abuso/violência sexual por parceiro íntimo, de acordo com Agyemang-Duah et al. (2023), Soleimani e colaboradores (2017) e Jahromi et al. (2015). Há

divergências em que a faixa etária de maior prevalência de coerção sexual e reprodutiva, são em maioria, mulheres jovens entre 13 e 17 anos de idade, segundo os resultados de Mitchell e Bennett (2020), o qual descreveu vários graus de pressão verbal, táticas coercitivas e manipulação de parceiros românticos para praticar sexo antes do casamento. Em contrapartida, em pesquisa realizada por Ahinrokahb et al. (2020), mostra que mulheres de 45 a 49 anos tiveram uma prevalência maior (39%) em não terem suas necessidades contracepção atendidas por seus parceiros em comparação com aquelas de 15 a 19 anos (26,4%). Entretanto, Delong et al. (2020) observou diferenças ao comparar coerção reprodutiva entre os grupos mais jovens com os mais velhos. Evidenciou-se que a média de idade das mulheres abusadas era de dois anos mais jovens do que o grupo controle (Soleimani; Ahmadi; Yosefnezhad, 2017).

3.3.2 Escolaridade

Para a variável escolaridade de mulheres, foi identificada associação com VPI sexual em vários estudos Jahromi et al., 2015; Soleimani; Ahmadi; Yosefnezhad, 2017; Agyemang-Duahj et al., 2023; Sigbeku; Fawole; Ogunniyan, 2015; Ahinkorahb et al., 2020). No entanto, alguns estudos divergiram entre a associação à VPI estar ligada à menor ou maior grau de escolaridade. Apesar disso, identificou-se a existência da relação entre nível de escolaridade maior com a ocorrência de VPI dentro da situação de interrupção da gravidez (Agyemang-Duahj et al., 2023), e mulheres casadas que possuem ensino superior e sofrem VPI relatam a maior proporção (8,0%) de IST em comparação com os demais grupos educacionais (Sigbeku; Fawole; Ogunniyan, 2015). Já os resultados de Ahinkorahb et al. (2020) mostraram que mulheres sem uma educação formal tiveram a maior prevalência de necessidade contraceptiva não atendida por seus parceiros.

3.3.3 Renda Mensal

Quanto a esta variável, foi observado nos estudos que o nível de riqueza foi associado à violência sexual por parceiro íntimo (Tadesse et al., 2022), o que corrobora com o estudo de Agyemang-Duahj et al. (2023) e Bola (2016). Os achados

de Ahinkorahb et al. (2020) mostram que mulheres mais pobres (31,0%) tiveram maior prevalência de necessidade contraceptiva não atendida por seus parceiros.

3.3.4 Estado Civil

Esta variável foi a que mais teve resultados discordantes entre si quanto à associação com VPI sexual. Há resultados que revelam que houve associação entre estado civil e ter sofrido VPI dentro da situação de interrupção da gravidez (Agyemang-Duahj et al., 2023). No entanto, há estudos que evidenciam que as mulheres casadas, em união estável, separadas, divorciadas ou viúvas são mais propensas a serem agredidas sexualmente por um parceiro íntimo do que as mulheres que se identificam como solteiras (Du Mont et al., 2017). Este estudo diverge dos achados de Clark et al. (2013), em que observaram que mulheres solteiras ou em um relacionamento de namoro eram 2 vezes mais propensas a relatar coerção reprodutiva do que mulheres em um relacionamento sério. E nos resultados de Ahinkorahb et al. (2020) que evidenciou que as mulheres que estavam em união estável tiveram a maior prevalência de necessidade contraceptiva não atendida por seus parceiros do que as demais mulheres.

3.3.5 Número de filhos

Quanto aos estudos que abordam a quantidade de filhos, Agyemang-Duahj et al. (2023) identificou associação entre o número de filhos e ter sofrido VPI dentro da situação de interrupção da gravidez, o que confirma os resultados de DeLong et al. (2020) que se notou a ocorrência de coerção reprodutiva em mulheres que já tinham tido filhos, porém não nas nulíparas. Da mesma forma que mulheres vítimas de violência tendem a ser múltíparas (Silva et al., 2018). Os resultados de Silva et al. (2020), mostram que a violência sexual teve associação entre mulheres que tiveram mais de 4 gestações e mais de 3 filhos. E estes convergem com os estudos de Ahinkorahb et al. (2020) que revelam que mulheres que pariram 4 ou mais vezes (34,4%) tiveram a maior prevalência de necessidade contraceptiva não atendida por seus parceiros.

3.3.6 Ocupação

Também foi identificada associação entre ocupação e VPI sexual. Como nos resultados de Agyemang-Duahj et al. (2023) que mostra uma associação entre ocupação e sofrer VPI dentro da situação de interrupção da gravidez. Além disso, de acordo com Soleimani, Ahmadi e Yosefnezhad (2017) mulheres que sofrem VPI são em sua maioria (71,4%) donas de casa, em comparação às que não passaram por relacionamentos violentos.

3.3.7 Raça

A variável “raça” foi associada a VPI sexual somente em 1 estudo, no qual Clark et al. (2013) apontam que as mulheres negras, pardas ou de “outras raças” são mais propensas a relatarem coerção reprodutiva em comparação com as demais raças.

3.3.8 Idade do parceiro

Nos resultados de Jahromi et al. (2015) é evidenciado que há associação entre VPI e idade do parceiro. Assim como há associação entre idade do parceiro e ter sofrido VPI dentro da interrupção da gravidez (Agyemang-Duahj et al., 2023).

3.3.9 Escolaridade do parceiro

Há associação entre baixa escolaridade do marido e VPI (Jahromi et al., 2015). Observa-se, também, relação entre escolaridade e ter sofrido VPI dentro da situação de interrupção da gravidez, no qual mulheres que os parceiros tinham o ensino fundamental e ensino médio tinham menos probabilidade de interromper a gravidez (Agyemang-Duahj et al., 2023). Tais resultados convergem com os de Bola (2016), que revelam que a escolaridade do parceiro tem associação com violência sexual conjugal, no qual o ensino médio foi o nível educacional mais frequente entre os parceiros.

Os resultados de Soleimani, Ahmadi & Yosefnezhad (2017), revelam diferenças no nível de escolaridade dos parceiros entre grupo de mulheres que sofreram e que não sofreram abuso por seus parceiros íntimos, no qual proporcionalmente, 69,1%

dos parceiros que estudaram mais de 12 anos eram do grupo das mulheres que não sofreram abuso, e 44,7% dos parceiros que estudaram mais de 12 anos eram do grupo das mulheres que sofreram abuso.

3.3.10 Interrupção da gravidez (aborto)

A variável interrupção da gravidez está associada à VPI sexual (Torkashvand et al., 2020). Mulheres que sofrem aborto tem maior probabilidade de sofrer violência sexual conjugal (BOLA, 2016). Além disso, mulheres que sofrem VPI têm 1,75 mais chances de interromper uma gravidez do que aquelas que não passam por situações de violência (Agyemang-Duahj et al., 2023). Do mesmo modo que os resultados de Silva et al. (2020) apontaram que tanto o aborto espontâneo e o provocado tem associação com a ocorrência de VPI sexual.

No estudo de Mitchell e Bennett (2020) realizado com 17 com mulheres solteiras universitárias que já estiveram em um relacionamento amoroso anteriormente, mostrou que das 4 mulheres que engravidaram, todas sofreram práticas coercitivas de seus parceiros para realizar um aborto.

3.3.11 Presença de IST's e leucorreias

Percebe-se associação entre coerção sexual e presença de IST (Williams; Clear; Coker, 2013), em que 32,6% das mulheres que tiveram algum histórico de IST já vivenciaram VPI sexual (Silva et al., 2020). Além disso, foi identificado nos resultados de Torkashvand et al. (2020) que a média de violência sexual entre mulheres casadas com cônjuge que vive com HIV é 6,7 em comparação ao grupo controle, que foi de 3,8. Mulheres que não tem autonomia sexual tendem a ter mais dificuldades em prevenir ISTS, como o HIV (Marais, 2019).

Os resultados de um estudo com 18.402 nigerianas casadas de 15 a 49 anos mostram que, destas, cerca de um terço sofreu algum tipo de VPI, no qual 4.4% foram da forma sexual. Além do mais, a maioria das entrevistadas apresentou leucorreia, 3,5% tinham feridas vaginais enquanto 3,2% tinham outros sintomas de IST. Neste mesmo estudo identificou-se que as mulheres que sofreram VPI tiveram 1,4 vezes mais chances de relatar IST do que aquelas que não sofreram. O estudo ainda mostra que a experiência de VPI física e sexual foi associada à história de IST (Sigbeku;

Fawole; Ogunnyan, 2015). Contudo, nos resultados de Silva et al. (2018) foi evidenciado que praticamente metade das mulheres vítimas de violência deste estudo negaram a presença de corrimento vaginal.

3.3.12 Adesão de métodos contraceptivos

É importante destacar que o preservativo é o método contraceptivo mais citado nos estudos. Foi identificado que a baixa adesão ao uso da camisinha está associada à VPI sexual. Percebe-se que quanto maior o nível de coerção sexual, menor a negociação do uso de preservativos (Zhang et al., 2021). O que converge com os resultados de Draughon et al. (2015), em que os mesmos elencam os fatores de risco associados a experiência de sexo forçado por parceiro íntimo, identificados por: o uso inconsistente do preservativo no sexo anal, nunca pedir ao agressor para usar preservativo e nunca ter recusado sexo se um parceiro não quisesse usar preservativo.

A negação violenta por parte dos parceiros em usar o preservativo é um dos fatores que desencorajam as mulheres na adesão dos preservativos (Flores, 2016). Nos achados de Silva et al. (2018), é evidenciado que 57% das mulheres que vivenciavam violência afirmou usar algum método contraceptivo e 52% relataram que o parceiro já evitou que esse ato fosse feito, e cerca de 88% das participantes negaram o uso durante as relações sexuais. Apesar disso, Paterno et al. (2020) mostrou que cerca de três quartos das mulheres relataram não ter conflitos com seus parceiros sobre contraceptivos ou gravidez.

3.3.13 Uso de álcool e outras drogas

Está variável também está associada a VPI sexual, como nos achados de Jahromi et al. (2015) que revelam associação entre abuso de drogas e violência doméstica. Quanto aos parceiros, detectou-se que a frequência de agressividade era maior quando o mesmo possuía algum tipo de dependência (Soleimani; Ahmadi; Yosefnezhad, 2017). Quanto aos vícios das mulheres, a violência sexual foi associada a fatores de risco como tabagismo e etilismo (Torkashvand et al., 2020).

Ademais, quando analisada a percepção de enfermeiros atuantes da APS sobre violência contra a mulher, alguns participantes relataram observar a relação

entre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas e a ocorrência de violências (Silva; Ribeiro, 2020).

3.3.14 Tempo de relacionamento

Quanto ao tempo de relacionamento, vê-se uma discordância entre os estudos. Em que apesar de existir associação entre VPI sexual e tempo de casamento dos participantes, Torkashvand et al. (2020) e Jahromi et al. (2015) mostraram uma relação forte entre violência e duração do casamento, em que mulheres casadas há menos de cinco anos têm mais probabilidade de serem vítimas de violência doméstica. Outros estudos mostram que não há diferença na probabilidade de sofrer coerção reprodutiva em casamentos com duração de mais de 2 anos (Paterno et al., 2020).

3.3.15 Coitarca

A idade da primeira relação sexual foi associada a VPI sexual, como apontam os estudos de Williams, Clear e Coker (2013), que mostram que a coerção na coitarca teve relação com ISTs. Ainda, nos achados de Silva et al. (2020), a idade de início da atividade sexual teve associação com episódios de violência sexual.

3.3.16 Presença de transtornos mentais

Há associação entre a ocorrência de violência sexual e transtornos mentais (Torkashvand et al., 2020). No qual mulheres que sofrem VPI têm maiores chances de apresentar sintomas de transtornos de saúde mental do que aquelas que não sofrem (Soleimani; Ahmadi; Yosefnezhad, 2017).

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, de delineamento transversal, que tem como objetivo avaliar a associação entre diferentes formas de violência por parceiro íntimo (VPI) e a autonomia reprodutiva de mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM.

Estudos quantitativos permitem a mensuração estatística das variáveis e a extrapolação dos resultados para populações maiores, desde que a amostra seja representativa (Da Fonseca, 2002).

O objetivo da pesquisa analítica é determinar se existe uma relação de associação entre as variáveis de exposição com variável de determinado desfecho de saúde (Lima-Costa; Barreto, 2003). Já o objetivo do estudo descritivo é de descrever características e distribuição da população estudada (Gil, 2002).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em 12 Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana de Manaus/AM, distribuídas nos quatro Distritos de Saúde (DISA) urbanos da cidade: norte, sul, leste e oeste.

Manaus conta com uma população de 2.063.547 pessoas, com mais da metade (1.064.847) representada por mulheres, e tem um território de 11.401,92 km² (IBGE, 2022).

A cidade conta com 288 unidades básicas de saúde (UBS) organizadas em cinco DISAs: norte, sul, leste, oeste e rural (Manaus, 2023).

Para garantir representatividade populacional, foi utilizada amostragem probabilística por conglomerados, sendo sorteadas aleatoriamente três USFs em cada um dos quatro DISAs urbanos. A escolha aleatória das unidades teve o objetivo de minimizar viés de seleção e garantir maior diversidade de perfis sociodemográficos entre as participantes.

A seleção das unidades na zona urbana foi feita para assegurar maior acessibilidade das participantes e um acompanhamento mais uniforme das usuárias no atendimento básico. Dessa forma, evitou-se o viés de seleção por conveniência,

comum quando a coleta de dados se restringe a serviços de referência especializados (Andrade; Zicker, 1997).

O viés de seleção ocorre quando existe diferentes características nos grupos de pessoas que participam do estudo das que não participam, em que o resultado da pesquisa é prejudicado porque a população da pesquisa é diferente da população de interesse. Um viés óbvio de seleção é a autosseleção, em que os participantes escolhem participar espontaneamente, seja por estarem doentes ou por terem opiniões fortes sobre determinado assunto (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010).

Outro exemplo de viés de seleção é o de amostragem por critério de conveniência, tanto por local do estudo quanto por participantes do estudo, no qual não apresenta resultados representativos para a população (Sargi; Silva; Carmo, 2024).

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres heterossexuais com 18 anos ou mais, usuárias do serviço de atenção básica situado na zona urbana de Manaus/AM. Segundo o IBGE (2022), Manaus possui 776.543 mulheres acima de 18 anos.

Para a estratificação da amostra por DISA, foi necessário utilizar dados do Plano Municipal de Saúde de Manaus (Manaus, 2017), visto que o IBGE não fornece essa distribuição específica. De acordo com esse documento, a população estimada de mulheres a partir dos 15 anos na zona urbana de Manaus é de 789.541, distribuídas da seguinte forma:

- DISA Leste: 181.808 mulheres
- DISA Norte: 211.162 mulheres
- DISA Oeste: 184.178 mulheres
- DISA Sul: 212.393 mulheres

Embora esse dado incluía mulheres a partir dos 15 anos, o presente estudo considerou apenas mulheres adultas (≥ 18 anos), sendo essa faixa etária filtrada no momento da coleta de dados.

O cálculo amostral foi realizado considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obtendo um tamanho de amostra de 385 participantes. O cálculo foi feito assumindo máxima heterogeneidade populacional (50%).

A distribuição das participantes entre os DISAs seguiu a proporção estimada pelo Plano Municipal de Saúde (Manaus, 2017), buscando representar adequadamente a população feminina usuária da atenção básica. Foram entrevistadas:

- 104 mulheres no DISA Norte
- 104 mulheres no DISA Sul
- 89 mulheres no DISA Oeste
- 88 mulheres no DISA Leste

Para garantir a representatividade das regiões na análise estatística, foi considerada ponderação proporcional dos pesos amostrais conforme a distribuição populacional por DISA.

Na seleção das participantes, foi empregada a amostragem sistemática, garantindo aleatoriedade no recrutamento.

Diariamente, foi sorteado um número entre 1 e 10, determinando a ordem da primeira mulher a ser convidada para o estudo na lista de atendimentos da USF. A partir desse número, foi adotado um intervalo fixo de 5 mulheres para cada novo convite. Por exemplo, se o número sorteado fosse “6”, então a primeira mulher a ser convidada para o estudo naquele dia, foi a sexta mulher na lista de atendimentos. A partir deste número foi observado um intervalo de 5 mulheres a cada novo convite de participação. Assim, conforme o exemplo mencionado, sendo a primeira convidada a sexta da lista, a segunda seria a décima primeira, seguida da décima sexta e assim por diante.

O intervalo foi estabelecido com base na estimativa média de atendimentos diários e na necessidade de alcançar a amostra dentro do período do estudo. Para minimizar possíveis vieses de seleção, as entrevistas foram realizadas em diferentes dias da semana e períodos do dia.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão das participantes no estudo, foram adotados os seguintes:

- Ser mulher que tenha 18 anos ou mais de idade;
- Ser heterossexual;
- Estar dentro de um relacionamento íntimo há, pelo menos, de 12 meses.

Já como critérios de exclusão, serão observados os seguintes:

- Mulheres que estejam acompanhadas do parceiro;
- Mulheres que não entendam/falem a língua portuguesa, pela dificuldade de conduzir a entrevista.

4.5 Variáveis

Para a escolha das variáveis do estudo, optou-se por realizar uma extensa revisão integrativa de literatura. No qual se mostra o método de pesquisa bibliográfica ideal para realização de buscas, análises críticas e síntese dos estudos do tema que se pretende pesquisar e se apresenta em 6 etapas: 1) identificação do tema e elaboração de pergunta de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos na busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). A partir disto, se desenvolveu a pergunta de pesquisa baseada no método PICo (Santos; Pimenta; Nobre, 2007): “Quais os fatores relacionados na prática de coerção sexual e reprodutiva em mulheres que acessam os serviços de saúde?”, no qual a referida revisão utilizou o método de fluxograma de Prisma para escolha dos artigos (Galvão; Pansani; Harrad, 2015), em que o produto final foi um total de 23 artigos escolhidos, os quais apontaram as variáveis sociodemográficas associadas à coerção sexual e reprodutiva, optou-se por utilizar as seguintes variáveis sociodemográficas.

Quadro 7. Variáveis sociodemográficas e suas categorias

Variáveis	Categorias
Idade (anos completos)	Numérica discreta.
Escolaridade	Sem instrução; EF incompleto; EF completo; EM incompleto; EM completo; ES incompleto; ES completo.
Renda Mensal	Numérica contínua.
Estado Civil	Solteira; Casada; Divorciada; União Estável; viúva
Condição de atividade da mulher	Trabalhando; Do lar; Desempregada.
Raça/cor	Amarela; Branca; Indígena; Parda; Preta.
Número de filhos	Numérica discreta.
Idade do parceiro	Numérica discreta.
Escolaridade do parceiro	Sem instrução; EF incompleto; EF completo; EM incompleto; EM completo; ES incompleto; ES completo.

Fonte: Os autores (2024)

Quadro 8. Histórico progresso e atual e suas categorias.

Variável	Categoria
Frequência de bebida alcoólica	Nunca; Mensalmente ou menos; De 2 ou 4x ao mês; De 2 ou 3x por semana; 4 ou mais x por semana.
Quantidade de doses de bebida ingerida a cada ocasião	1 ou 2 doses; 3 ou 4 doses; 5 ou 6 doses; 7, 8 ou 9 doses; 10 ou mais*.
Uso de drogas ilícitas	Sim; Não.
Uso de drogas ilícitas (parceiro)	Sim; Não.
Coitarca	Variável discreta.
Tempo de Relacionamento (anos)	Variável discreta.

Fonte: Os autores (2024)

*1 dose = 1 lata de cerveja, 1/2 garrafa de cerveja (600mL, 1 dose de destilado, 1 taça de vinho) (Moretti-Pires; Corradi-Webster, 2011).

Quadro 9. Variáveis da Escala de Autonomia Reprodutiva e suas categorias

Variáveis	Categorias
-----------	------------

Tomada de decisão	Variável contínua que varia de 1 a 3
Coerção reprodutiva	Variável contínua que varia de 1 a 4
Comunicação	Variável contínua que varia de 1 a 4
Escala de Autonomia Reprodutiva	Variável contínua que varia de 1 a 3,71

Fonte: Fernandes et al. (2019)

Quadro 10. Variáveis *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2) e suas categorias*

Variáveis	Categorias
Escore de prevalência da subescala Negociação	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala agressão psicológica leve	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala agressão psicológica grave	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala violência física leve	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala violência física grave	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala coerção sexual leve	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala coerção sexual grave	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala lesão leve	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.
Escore de prevalência da subescala lesão grave	0 – Não se envolveu em nenhum dos eventos citados na subescala; 1 – Se envolveu ao menos um evento da subescala.

Fonte: Moraes; Halssemann e Reichenheim (2002)

*O CTS2 forneceu escores de prevalência e cronicidade para cada um dos comportamentos da escala de negociação e das subescalas de mensuração de violência entre casais (Reis, 2016).

A escala CTS2 é um instrumento para avaliar e medir as relações interpessoais e violência dentro de um relacionamento íntimo, além de avaliar a negociação de

conflitos entre parceiros íntimos. A escala é uma versão otimizada da escala CTS, criada originalmente nos Estados Unidos para contemplar questões sobre injúria e coerção sexual (Strauss et al., 1996).

A escala CTS2 foi adaptada e validada no Brasil em 2002, resultando em um instrumento composto por 78 itens divididos entre cinco escalas que contém diferentes tipos de comportamento: coerção sexual, lesão, negociação, agressão psicológica, violência física, que se mede também a frequência desses comportamentos no período de um ano, tanto pelo parceiro quanto pela mulher entrevistada.

A escala pode ser interpretada de duas formas: A primeira forma é o escore de prevalência, que é uma forma mais simples de interpretar a escala, que mostra a presença ou não de violência por parceiro íntimo se responder ao menos 1 questão positiva das variáveis, em que 0 corresponde a “não se envolveu em nenhum dos eventos citados na escala” e, 1 corresponde a “sim, se envolveu em pelo menos 1 dos eventos citados na escala”. E a segunda forma, mais complexa, é o escore de cronicidade, que evidencia a frequência de algum dos comportamentos feitos pelo parceiro ou parceira nos últimos 12 meses, com o score variando de 0 a 3 para cada variável da escala (Moraes; Halsselmann; Reichenheim, 2002).

Neste estudo, optou-se por utilizar apenas o escore de prevalência, dado que o objetivo principal era identificar a presença de diferentes tipos de violência ao longo da vida, e não a frequência com que ocorrem.

A escala de autonomia reprodutiva foi desenvolvida nos Estados Unidos em 2014, com o intuito de mensurar a autonomia reprodutiva das mulheres. A escala conta com 14 perguntas, dividido em três subescalas: tomada de decisão, coerção reprodutiva e comunicação, em que a primeira subescala avalia quem tem decisão final em diferentes decisões reprodutivas, a segunda avalia a coerção reprodutiva, e a terceira é a capacidade de comunicação entre os parceiros para tomar decisões reprodutivas. A pontuação varia de 1 a 3 pontos na subescala tomada de decisão, e as outras duas subescalas são do tipo likert e a pontuação varia de 1 a 4 pontos nas outras duas subescalas, no qual a pontuação da subescala de coerção é invertida para calcular o escore total, visto que as questões dessa subescala são contrários a autonomia reprodutiva. Por fim, realizado uma média para cada subescala, e, no final, é feito uma média na pontuação da escala no total para avaliar o nível de autonomia das mulheres, e quanto maior esse escore (tanto da escala quanto das subescalas), maior poder de decisão sobre sua saúde reprodutiva a mulher tem (Upadhyay et al.,

2014). Esta escala foi traduzida e validada no Brasil em 2019, onde os resultados evidenciaram que todas as etapas para a validação da escala no Brasil se mostraram consistentes e satisfatórias, podendo ser reproduzido com resultados confiáveis (Fernandes et al., 2019).

As variáveis do quadro 7 e 8 compuseram os instrumentos de coleta de dados 1, desenvolvida pelos próprios pesquisadores (apêndice A), e as variáveis dos quadros 9 e 10 irão compuseram os instrumentos de coleta de dados 2 e 3 (anexo 1 e 2).

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2024, em 12 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas nas diferentes zonas administrativas de Manaus.

A pesquisadora teve autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM para conduzir o estudo. As entrevistas foram conduzidas nos turnos da manhã, tarde e noite, permitindo que mulheres com diferentes perfis socioeconômicos e de disponibilidade pudessem participar, como forma de minimizar vieses amostrais.

Ao chegar à unidade, a pesquisadora solicitava a lista de pacientes presentes na recepção e realizava a seleção das participantes por amostragem sistemática. As usuárias eram abordadas enquanto aguardavam suas consultas e convidadas a participar do estudo, sendo informadas sobre a voluntariedade da participação e seus direitos.

As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora e ocorreram em um local privativo previamente acordado com o gestor da unidade para garantir sigilo e conforto às participantes.

O primeiro instrumento aplicado foi o questionário sociodemográfico e histórico progresso (apêndice A), e o segundo e terceiro instrumento aplicados foram os que contém a CTS2 e a Escala de Autonomia Reprodutiva, encontrados no anexo 1 e 2, respectivamente. A média do tempo da entrevista foi de 15-20 minutos.

4.7 Análise de dados

A análise se deu, inicialmente, a partir de tabelas construídas por meio do software estatístico Stata, nos quais foram exibidas as frequências absolutas e

relativas das variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central e dispersão das variáveis quantitativas.

Em seguida, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar se os dados quantitativos obtidos tinham uma distribuição normal, considerando que: 1) hipótese nula ($p < 0,05$) não há distribuição normal e 2) hipótese alternativa ($p > 0,05$) há uma distribuição normal de dados. Esse teste serve para nortear se na análise de dados serão utilizados testes paramétricos ou não-paramétricos com o intuito de se obter uma melhor precisão de resultados.

Dada a não normalidade dos dados, para verificar as possíveis associações entre autonomia reprodutiva (variável dependente) com as demais variáveis (independentes), foi utilizada análise bivariada com técnicas não-paramétricas, sendo aplicado o teste Mann-Whitney para dados com variáveis independentes qualitativas com 2 categorias; o teste de Kruskal-Wallis para variáveis independentes qualitativas com mais de 2 categorias; e correlação de Spearman para variáveis quantitativas. Esta escolha foi feita porque os testes não-paramétricos não assumem a normalidade dos dados, sendo adequados para dados com distribuições assimétricas.

Como a variável desfecho também apresentou uma distribuição não normal, foi escolhida a regressão robusta para a análise múltipla. A regressão robusta é menos sensível a violações de normalidade e heterocedasticidade, o que a torna uma escolha robusta para dados não normais. No modelo inicial, foram incluídas todas as variáveis que haviam mostrado associação significativa na análise bivariada ($p \leq 0,2$). Esse critério é comum em análises múltiplas, pois permite capturar potenciais associações para investigação mais aprofundada no modelo final.

Foram criadas variáveis dummies para incluir as variáveis qualitativas na regressão linear robusta. Por exemplo, uma variável de três categorias se torna três variáveis dummies, cada uma indicando a presença ou ausência de uma categoria específica. Essa abordagem facilita a inclusão de variáveis categóricas na regressão robusta, permitindo avaliar o efeito de cada categoria em relação a uma categoria de referência.

Foi realizado o teste de multicolinearidade usando o *Variance Inflation Factor* (VIF) para verificar se as variáveis independentes tinham relação entre si. Se o VIF é > 10 , isso indica que as variáveis têm uma forte correlação entre elas e isso pode prejudicar a análise e interpretação dos dados, pois essas variáveis tornam-se redundantes já que elas seguem tendências próximas.

Durante a análise de multicolinearidade, identificou-se que as variáveis relacionadas ao consumo de álcool (mulher e parceiro) apresentavam $VIF > 10$, indicando redundância na modelagem. Para mitigar esse efeito, foi realizada uma agregação das categorias menos frequentes e reavaliação do modelo ajustado.

Após os ajustes para multicolinearidade, foi avaliado novamente os pressupostos de normalidade dos resíduos e homoscedasticidade (variância constante dos resíduos). Embora tenha-se observado pequenas violações da normalidade, os resíduos apresentaram um comportamento razoavelmente adequado. A regressão robusta ajuda a mitigar os impactos dessas pequenas violações, então consideramos os pressupostos cumpridos para o propósito do estudo.

Para simplificar o modelo, foi utilizado o procedimento de stepwise backward: 1) Neste procedimento, foi removido, uma a uma, as variáveis com os maiores p-valores ($> 0,05$), reavaliando o modelo a cada remoção; 2) Durante o stepwise backward, foi mantido a variável “coitarca”, dada sua relevância teórica e p-valor próximo de 0,05, apenas ligeiramente superior. Este procedimento foi repetido até ser alcançado o modelo final, no qual todas as variáveis incluídas apresentavam significância estatística ou relevância teórica. Por fim, foi realizado uma verificação final dos resíduos no modelo final para confirmar a adequação dos pressupostos de normalidade e homoscedasticidade. O modelo final demonstrou boa adequação, com resíduos distribuídos aproximadamente de forma simétrica em torno de zero e variação constante ao longo dos valores preditos.

Para todos os testes estatísticos foram adotados intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Como hipótese nula (H_0), foi adotada a seguinte afirmação: não há associação significativa entre coerção sexual/reprodutiva e variável independente. Como hipótese alternativa (H_1), adotou-se a seguinte: há associação significativa entre coerção sexual/reprodutiva e variável independente.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou os aspectos éticos, no que diz respeito a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Será aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE conforme a referida resolução.

Foram esclarecidos os riscos e benefícios à participante, bem como também a liberdade para retirada de consentimento a qualquer momento e garantia de seu anonimato. Para essa garantia, todas as informações obtidas foram codificadas para manter o anonimato da participante, não sendo computados dados cadastrais como nome e endereço.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa quando estavam aguardando atendimento nas USF, sem a presença de seus parceiros. Foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), destacando que a entrevistada poderia desistir da participação a qualquer momento sem nenhum custo, e que caso houvesse necessidade, seria oferecido apoio psicológico conforme destacado acima. Se houvesse concordância em participar da pesquisa, a entrevistada seria levada para um local privado previamente acordado com o gestor da unidade, para diminuir o risco da entrevistada se sentir desconfortável ou envergonhada. Após a aplicação do questionário, foi disponibilizado um folheto informativo contendo os serviços intersetoriais de apoio à saúde, assistência jurídica, policial e psicossocial destinados ao combate à VPI localizados no município de Manaus.

O projeto contou com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, Manaus, e, posteriormente, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade do Estado do Amazonas, sob o número do parecer: 6.774.870.

5. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa, incluindo a descrição da amostra, a análise das associações entre autonomia reprodutiva e variáveis sociodemográficas, bem como a análise multivariada para identificar fatores associados ao nível de autonomia reprodutiva.

Como mencionado anteriormente na seção “método”, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para analisar a normalidade dos dados quantitativos coletados. Como verificado na tabela 1, nenhuma das variáveis quantitativas tem normalidade na frequência dos dados, sendo exposto com o p-valor $<0,05$.

Tabela 1. Teste de normalidade para as variáveis

Variável	n	W	V	DP	p-valor
Idade	385	0,97801	5,85	4,196	0,00001
Renda	385	0,75639	64,81	9,908	0
Idade do parceiro	385	0,96604	9,036	5,228	0
Tempo de relacionamento	385	0,86841	35,008	8,445	0
Coitarca	385	0,97758	5,964	4,242	0,00001
Número de filhos	385	0,94371	14,976	6,428	0
Autonomia reprodutiva	385	0,96609	9,021	5,224	0

Fonte: Os autores (2025)

Percebe-se na tabela 2 que houve diferença significativa no nível de autonomia reprodutiva de, pelo menos, 2 zonas da cidade de Manaus, evidenciado pelo p-valor $<0,05$. As participantes que vivem na Zona Leste tiveram o menor nível de autonomia reprodutiva, com média de 2,90 \pm 0,15, ao passo que na Zona Sul teve o maior nível de autonomia reprodutiva, com a média de 3,34 \pm 0,28, seguido de médias de autonomia reprodutiva de 3,26 \pm 0,31 e 3,20 \pm 0,32 Zona Norte e Oeste, respectivamente.

Tabela 2. Nível de autonomia reprodutiva de acordo com as zonas da cidade de Manaus/AM

Variável	n	média	DP	p-valor
----------	---	-------	----	---------

Zona				
Leste	88	2,90	0,15	
Sul	104	3,34	0,285999	0,0001
Norte	104	3,26	0,31	
Oeste	89	3,20	0,32	
Total	385			

Fonte: Os autores (2025)

Participaram deste estudo 385 mulheres com idade de 18 a 49 anos. Na tabela 3 é observada a distribuição das variáveis sociodemográficas das entrevistadas, evidenciado que a idade média das participantes foi de 31,8 anos, com renda de R\$1.307 e com a média de tempo de relacionamento de 7 anos. As entrevistadas tiveram uma média de 1,87 filhos e coitarca com média de 15,5 anos. Quanto à escolaridade das mulheres, a maioria (64,16%) possui ensino médio completo, seguido de ensino superior completo (11,17%). Além disso, grande parte das participantes são casadas (76,1%). Em se tratando da condição de atividade das entrevistadas, 45,97% delas trabalham, 38,44% se consideram donas do lar e 15,58% se encontram desempregadas. A maior parte das entrevistadas se autodeclaram como pardas (80,26%). Por fim, 64,15% das entrevistadas fazem uso de bebida alcoólica e apenas 2,5% referem serem usuárias de drogas.

Para verificar a associação destas variáveis independentes com o nível de autonomia reprodutiva, foi realizado análise bivariada com testes não-paramétricos que melhor se adequassem ao tipo de variável, sendo utilizado os testes de Kruskal-Wallis (caracterizado por ***), Mann-Whitney (indicado por **) e correlação de Pearson (definido por *). Baseado nisso, a tabela 3 evidencia a associação a partir do p-valor das variáveis, sendo que o p-valor <0,05 indica associação das variáveis com o nível de autonomia reprodutiva.

Nesse sentido, a idade da primeira relação sexual (coitarca), número de filhos, consumo de álcool, estado civil e condição de atividade da mulher foram associadas ao nível de autonomia reprodutiva.

Com base em tal associação, fez-se necessário descrever a média de autonomia reprodutiva dessas mulheres conformes as variáveis. Sendo que, a média de autonomia reprodutiva das mulheres que consomem álcool é de 3,14, enquanto a média das mulheres que não consomem álcool é de 3,21. Além disso, mulheres

casadas tem um nível de autonomia reprodutiva em média de 3,23 em comparação com as não casadas média de nível de autonomia reprodutiva de 3,02. Por fim, a média das mulheres tanto das que trabalham quanto são donas de casa é de 3,16, enquanto a média do nível de autonomia reprodutiva de mulheres desempregadas é de 3,305.

Tabela 3. Características descritivas das variáveis sociodemográficas das entrevistadas

Variável	N	Média	DP	P50	Max	Min	p-valor
Idade	385	31,86494	7,83006	-	49	18	0,1692*
Renda	385	1307,003	1218,164	-	10000	0	0,437*
Tempo de relacionamento	385	7,285714	6,22214	-	1	30	0,1262*
Coitarca	385	15,51688	2,324093	-	9	27	0,0061*
Número de filhos	385	1,87013	1,52369	-	0	9	0,0196*
Consumo de álcool							
Sim	247	3,212227	0,3125445	3,29	3,71	3,21	
Não	138	3,140797	0,3326032	3,14	3,71	3,21	0.0375**
Total	385	3,186623	0,3212833	3,21	3,71	3,21	
Uso de drogas							
Não	375	3,18856	0,3182448	3,21	3,71	3,21	0.6893**
Sim	10	3,114	0,4352317	3,14	3,71	3,21	
Total	385	3,186623	0,3212833	3,21	3,71	3,21	
Escolaridade							
Baixa Instrução	28	3,040714	0,419523	2,86	3,64	2,21	
Ens. Fundamental	13	3,170769	0,211126	3,21	3,43	2,79	
Ens. Médio Incompleto	15	3,0075	0,306534	3,21	3,71	2,36	0.2201***
Ens. Médio Completo	247	3,225857	0,316706	3,36	3,71	2,57	
Superior Completo	43	3,258372	0,283389	3,29	3,71	2,71	
Ens. Superior Incompleto	39	3,257179	0,347918	3,36	3,71	2,5	
Total	385	3,186623	0,321283	3,21	3,71	2,21	
Estado Civil							
Casada	293	3,236007	0,31697	3,29	3,71	2,21	
Não Casada	92	3,029348	0,283428	2,93	3,71	2,57	0.0000**
Total	385	3,186623	0,321283	3,21	3,71	2,21	
Condição de Atividade							

Desempregada	60	3,305	0,278832	3,36	3,71	2,57	0.0098***
Do Lar	148	3,160743	0,311081	3,14	3,71	2,36	
Trabalhando	177	3,168136	0,335619	3,21	3,71	2,21	
Total	385	3,186623	0,321283	3,21	3,71	2,21	
Raça/Cor							
Amarela	3	3,327143	0,274634	3,36	3,57	2,79	0.1083***
Branca	8	3,244474	0,304692	3,325	3,71	2,57	
Indígena	3	3,391667	0,26747	3,535	3,64	2,93	
Parda	309	3,197062	0,321707	3,21	3,71	2,21	
Preta	25	3,106454	0,307453	3,07	3,57	2,57	
Total	385	3,186623	0,321283	3,21	3,71	2,21	

Fonte: Os autores (2025)

A tabela 4 evidencia as variáveis sociodemográficas dos parceiros, mostrando que, de acordo com as mulheres, a idade dos parceiros foi, em média, de 35,1 anos. Além disso, 59,48% fazem uso de álcool e 5,71% são usuários de drogas. Quanto ao nível de escolaridade dos parceiros das entrevistadas, a maioria também possui ensino médio completo (50,65%), seguido também de ensino superior completo (13,51%). Além disto, a presente tabela também evidencia a associação das variáveis dos parceiros com o nível de autonomia reprodutiva das entrevistadas, sendo realizado os testes não-paramétricos de acordo com cada variável, seguindo o mesmo esquema da tabela 3, no qual a característica * evidencia o p-valor com o teste de Correlação de Pearson, a característica ** evidencia p-valor com o teste de Mann-Whitney, e, por fim, a característica *** evidencia o teste de Kruskal-Wallis.

A partir disso, observa-se que, apesar do consumo de álcool ter chegado próximo ao p-valor 0,05, não houve associação das variáveis do parceiro com o nível de autonomia das entrevistadas com o nível de autonomia reprodutiva. Sendo a média do nível de autonomia reprodutiva das mulheres de parceiros que consomem álcool de 3,16, enquanto a média de autonomia reprodutiva de mulheres dos parceiros que não fazem uso de álcool foi de 3,21.

Tabela 4. Características descritivas das variáveis sociodemográficas do parceiro

Variável	n	Média	DP	p50	Max	Min	p-valor
Idade	385	35,1013	10,19971	-	70	17	0,2668*
Consumo de álcool							
Não	156	3,214295	0,328934	3,29	3,71	2,21	0.0938**
Sim	229	3,167773	0,3152983	3,21	3,71	2,5	

Total	385	3,186623	0,3212833	3,21	3,71	2,21	
Drogas							
Não	363	3,18099	0,3228764	3,21	3,71	2,21	0.5803**
Sim	22	3,162273	0,2996495	3,175	3,71	2,71	
Total	385	3,186623	0,3212833	3,21	3,71	2,21	
Escolaridade							
Baixa Instrução	45	3,192667	0,341982	3,29	3,64	2,21	0.1447***
Ens. Fundamental	28	3,035714	0,286962	2,965	3,24	2,57	
Ens. Médio Completo	195	3,19041	0,326781	3,21	3,71	2,21	
Ens. Médio Incompleto	43	3,209535	0,334539	3,21	3,71	2,57	
Ens. Superior Completo	52	3,201346	0,278596	3,29	3,64	2,64	
Ens. Superior Incompleto	22	3,264091	0,315665	3,325	3,71	2,5	
Total	385	3,186623	0,321833	3,21	3,71	2,21	

Fonte: Os autores (2025)

A tabela 5 evidencia a frequência da perpetração de violência pelas mulheres e negociação de conflitos dentro de um relacionamento. A tabela exhibe que o tipo de violência mais comum cometido pela mulher é a violência psicológica leve (90,90%), seguido de violência psicológica grave (36,88%), enquanto os tipos de violência que as mulheres menos cometem é a coerção sexual grave (1,03%) e leve (5,71%). A partir da análise bivariada de Mann-Whitney, foi verificado que houve associação entre violência física grave e lesão grave cometida pela mulher com autonomia reprodutiva.

Com isso, observa-se que a média do nível de autonomia reprodutiva das mulheres que praticam violência física grave é de 3,28, enquanto a média das mulheres que não praticam esse tipo de violência é 3,16. Também é revelado que a média do nível de autonomia reprodutiva das mulheres que cometem lesão grave é de 3,36 em comparação com a média de autonomia das mulheres que não cometem lesão, com a média de 3,18.

Tabela 5. Distribuição dos tipos de violência perpetrada pela mulher contra o parceiro de acordo com o escore de autonomia reprodutiva

Variável	n	Média	DP	p-valor
Negociação				
Não	1	3,43	.	0.4732
Sim	384	3,18599	0,3214614	
Total	385	3,186623	0,3212833	
Violência Psicológica Leve				

Não	35	3,198286	0,3135141	0.8725
Sim	350	3,185457	0,3224658	
Total	385	3,186623	0,3212833	
Violência Psicológica Grave				
Não	243	3,192387	0,303217	0.8876
Sim	142	3,176761	0,35949	
Total	385	3,186623	0,321283	
Violência Física Leve				
Não	251	3,179283	0,309775	0.3205
Sim	134	3,200373	0,345276	
Total	385	3,186623	0,321283	
Violência Física Grave				
Não	323	3,167678	0,326483	0.0103
Sim	62	3,285323	0,2744695	
Total	385	3,186623	0,321283	
Coerção Sexual leve				
Não	363	3,187879	0,3238813	0.7129
Sim	22	3,16509	0,280657	
Total	385	3,186623	0,321283	
Coerção Sexual Grave				
Não	381	3,187638	0,3223796	0.4970
Sim	4	3,09	0,1888561	
Total	385	3,186623	0,3212833	
Lesão Leve				
Não	356	3,182781	0,3235401	0.4041
Sim	29	3,233793	0,2932017	
Total	385	3,186623	0,3212833	
Lesão Grave				
Não	374	3,181257	0,320792	0.0489
Sim	11	3,369091	0,2959883	
Total	385	3,186623	0,3212833	

Fonte: Os autores (2025)

Por outro lado, a tabela 6 evidencia também a conduta dos parceiros em relação a negociação de conflitos e presença de violência no relacionamento. A violência mais perpetrada pelos parceiros também foi a violência psicológica leve (77,14%), seguido de violência psicológica grave (45,97%). A violência menos cometida por eles foi a coerção sexual grave (2,59%), seguido de lesão grave (4,41%). Ainda com o teste de Mann-Whitney, foi identificada associação entre violência psicológica leve, violência psicológica grave e coerção sexual leve cometida por parceiro com nível de autonomia reprodutiva. Observa-se que a média de autonomia reprodutiva das mulheres que os parceiros cometem violência psicológica leve é de

3,16, enquanto a média para mulheres que os parceiros não cometem esse tipo de violência é de 3,25.

Além disso, mulheres que o parceiro comete violência psicológica grave tem um nível de autonomia reprodutiva de 3,17, e mulheres dos parceiros que não cometem esse tipo de violência tem um nível de autonomia reprodutiva maior, de 3,19. Por fim, o grau de autonomia reprodutiva de mulheres cujo parceiro comete coerção sexual leve é de 3,05, contra a média de 3,20 para as mulheres que os parceiros não cometem tal tipo de violência.

Tabela 6. Distribuição dos tipos de violência perpetrada pelo parceiro contra a mulher de acordo com o escore de autonomia reprodutiva

Variável	n	Média	DP	p-valor
Negociação				
0	3	3,07	0,185207	0.4427
1	382	3,187539	0,322099	
Total	385	3,186623	0,321283	
Violência Psicológica Leve				
0	88	3,251932	0,297727	0.0405
1	297	3,167273	0,325905	
Total	385	3,186623	0,321283	
Violência Psicológica Grave				
0	308	3,209675	0,316747	0.0044
1	177	3,094416	0,324814	
Total	385	3,186623	0,321283	
Violência Física Leve				
Não	305	3,189705	0,317357	0.8492
Sim	80	3,147875	0,337661	
Total	385	3,186623	0,321283	
Violência Física Grave				
Não	349	3,18957	0,325139	0.5891
Sim	36	3,158056	0,283658	
Total	385	3,186623	0,321283	
Coerção Sexual Leve				
Não	341	3,203988	0,315711	0.0059
Sim	44	3,052045	0,335806	
Total	385	3,186623	0,321283	

Coerção Sexual Grave

Não	375	3,187413	0,324043	0.6925
Sim	10	3,157	1,199224	
Total	385	3,186623	0,321283	

Lesão Leve

Não	350	3,186771	0,325987	0.9135
Sim	35	3,185143	0,273876	
Total	385	3,186623	0,321283	

Lesão Grave

Não	368	3,181144	0,323435	0.1246
Sim	17	3,305882	2,490748	
total	385	3,186623	0,321283	

Fonte: Os autores (2025)

Conforme explicado anteriormente na seção “método”, foi utilizado o teste de multicolinearidade para verificar a correlação entre as variáveis. As variáveis expressaram um VIF <10, indicando que não há variáveis com correlação alta entre si, como exposto na tabela 7.

Tabela 7. Análise de Multicolinearidade dos dados.

Variável	VIF	1/VIF
Condição de atividade - trabalhando	2,79	0,358815
Escolaridade parceiro	2,76	0,362747
Condição de atividade – desempregada	2,48	0,403426
Zona Sul	2,4	0,416942
Zona Norte	2	0,498817
Escolaridade Ensino Superior Completo	1,94	0,514853
Cor da pele parda	1,93	0,519335
Zona Oeste	1,91	0,5233
Escolaridade Ensino médio Incompleto	1,82	0,548263
Cor da pele preta	1,71	0,586203
Idade	1,67	0,59823
Escolaridade Ens. Fundament. Incompleto	1,57	0,63764
Renda	1,51	0,661563
CTS2 – Homem – Lesão Grave	1,51	0,662065
Escolaridade Ensino Superior Incompleto	1,45	0,688914
Consumo Álcool Parceiro	1,45	0,689214
Número de filhos	1,43	0,699571
CTS2 – Mulher - Lesão Grave	1,4	0,717197
Consumo Álcool Mulher	1,37	0,729887
Tempo de relacionamento	1,37	0,730987
Cor da pele indígena	1,22	0,820037
Cor da pele amarela	1,2	0,831023

Coitarca	1,19	0,840928
CTS2 – Homem – Coerc. Sex. Leve	1,18	0,849832
CTS2 – Mulher – V. Física Grave	1,16	0,861837
CTS2 – Homem – V. Psic. Leve	1,14	0,874701
CTS2 – Homem – V. Psic. Grave	1,12	0,895627
Estado Civil	1,12	0,895627
Média VIF	1,63	

Fonte: Os autores (2025)

A tabela 8 exibe a análise multivariada com o coeficiente de regressão linear, indicando as associações entre as variáveis.

Foi apontado que, quando comparado com a Zona Leste – zona de referência para a presente regressão –, as mulheres da Zona Sul têm um nível de autonomia reprodutiva maior, aumentando em 0,43378. Assim como mulheres da Zona Oeste e Norte também tem um nível de autonomia reprodutiva maior quando se comparado com a Zona Leste, aumentando em 0,294074 e 0,34139, respectivamente.

Observa-se que, a cada aumento de 1 unidade de renda, a média da autonomia reprodutiva aumenta em 0,000294, assim como neste estudo, a análise multivariada indicou que a cada 1 ano a mais que a mulher inicia a vida sexual, a média da autonomia reprodutiva aumenta 0,01047.

Nesta pesquisa, as mulheres que trabalham têm o nível de autonomia reprodutiva diminuído em 0,06627. Além disso, as participantes que consomem álcool têm um nível de autonomia reprodutiva menor, diminuindo em 0,06627. No mais, esta análise demonstrou que, em se comparado com mulheres brancas, ser mulher indígena eleva o nível de autonomia reprodutiva em 0,22119.

Ademais, se o parceiro íntimo cometer violência psicológica leve e coerção sexual leve, o nível da autonomia reprodutiva dessa mulher diminuirá em 0,09865 e 0,10967, respectivamente.

No entanto, quando a mulher comete violência física grave, o nível de autonomia reprodutiva dela aumenta em 0,088441.

Por fim, foi utilizado o R^2 ajustado, com o valor de = 0,3213. O que indica que aproximadamente 32,13% da variação da variável dependente (nível de autonomia reprodutiva), pode ser explicado pelas variáveis independentes.

Tabela 8. Distribuição dos fatores associados a Autonomia Reprodutiva de acordo com a Regressão Linear Robusta

Variável	Coef.	Std. Err.	t	p-valor	95% Conf. Interval Lower	95% Conf. Interval Upper
Autonomia reprodutiva						
Renda	0,000294	1,31E-05	2,24	0,026	3,6E-06	0,000052
Coitarca	0,01047	0,006071	1,72	0,086	-0,00147	0,022404
CTS2 - Homem Psicológica Leve	-0,09865	0,033131	-2,98	0,003	-0,16381	-0,03352
CTS2 - Homem Coerção Sexual Leve	-0,10967	0,043507	-2,52	0,012	-0,19531	-0,02411
Zona Norte	0,34139	0,04519	-7,56	0	-0,42085	-0,21194
Zona Oeste	0,294074	0,041598	7,07	0	0,212284	0,375858
Zona Sul	0,43378	0,039404	11,01	0	0,356297	0,511262
Condição de atividade - Trabalhando	-0,0629	0,031173	-2,02	0,045	-0,12428	-0,00152
Raça/cor - indígena	0,22119	0,110113	-2,01	0,045	-0,00467	0,43771
Consumo de álcool	-0,06627	0,032732	-2,03	0,043	-0,1307	-0,00183
CTS2 - Mulher - Física Grave	0,088441	0,038528	2,3	0,022	0,012681	0,164199
Cons	2,830797	0,100876	28,06	0	2,63244	3,029154

Fonte: Os autores (2025)

Por fim, observa-se na tabela 9 os dados sobre o nível de autonomia reprodutiva das participantes, em que a média da escala geral foi de 3.18, e a média das subescalas tomada de decisão, coerção e comunicação foi de 2,55, 3,49 e 3,38, respectivamente.

Tabela 9. Escore de Autonomia Reprodutiva das mulheres usuárias da atenção básica de Manaus/AM

Variável	n	média	Desvio-padrão	min	max
Tomada de decisão	385	2,552597	0,3351088	1,5	3
Coerção	385	3,496104	0,4819777	1,8	4
Comunicação	385	3,383896	0,4292076	2	4
Autonomia reprodutiva	385	3,186623	0,3212833	2,21	3,71

Fonte: Os autores (2025)

A partir disso, neste estudo, observado que o nível de autonomia reprodutiva está associado a zona da cidade que a mulher habita, condição de atividade dela, renda

que ela recebe, a raça que ela se identifica, a idade que ela teve a primeira relação sexual, se ela faz uso de drogas, e, por fim, se ela ou o parceiro cometem violência.

6. DISCUSSÃO

6.1 Autonomia reprodutiva a nível local, nacional e internacional

Os resultados desta pesquisa mostram que o escore médio de autonomia reprodutiva das mulheres de Manaus é de 3,18. A nível internacional, este escore foi menor que o do estudo original da criação da Escala de Autonomia Reprodutiva, com 2,194 mulheres nos Estados Unidos, com média de 3,23 (Uhpaduay et al., 2014); menor também que uma pesquisa realizada no Reino Unido, com 826 mulheres britânica de 15 a 50 anos, com escore de 3,38 (Riches; Barrel; Hall, 2022); e maior que a validação da escala realizada com 500 mulheres vietnamitas, com média de 2,60 (Nguyen et al., 2019).

Essas divergências de níveis médios de autonomia reprodutiva podem ser causadas por serem estudos em diferentes contextos e culturas. A exemplo de países como Estados Unidos e Reino Unido, que apresentam escores de 3,23 e 3,38, respectivamente, em que são países considerados desenvolvidos, no qual questões sobre saúde sexual e reprodutiva da mulher são discutidas e pontuadas, como a legalização do aborto. Contudo, o Vietnã também é um país que caminha para a igualdade de gênero no âmbito sexual e reprodutivo, sendo um país também que não criminaliza o aborto, mas obteve um escore de 2,60. Esse escore baixo de autonomia reprodutiva pode ser uma consequência de o Vietnã ser um país que se encontra em uma região com estimativa de prevalência de VPI sexual ou física no último alta (9%), quando se comparado com a prevalência de países da Europa Ocidental como o Reino Unido (4%) e países da América do Norte como Estados Unidos (6%) (Sardinha et al., 2022).

A nível nacional, o escore da presente pesquisa foi maior que o escore da validação do instrumento no Brasil, com média de 2,83 (Fernandes et al., 2018). Entretanto, em outro estudo realizado com 1.000 mulheres brasileiras de todas as regiões do país, o escore de autonomia reprodutiva foi de 3,35, sendo este maior que o escore dos resultados desta presente pesquisa (Borges; Dias; Ale, 2023).

Os níveis de autonomia reprodutiva divergirem em se tratando do Brasil chamam a atenção. Isso pode estar associado pelas pesquisas atuarem em diferentes locais do país e populações diferentes, a exemplo o estudo de validação da Escala de Autonomia Reprodutiva no Brasil, feito com mulheres rurais e quilombolas na região Nordeste. Destaca-se que as mulheres rurais e quilombolas podem ser as maiores

vítimas da VPI, no qual em um estudo realizado com 6.677 mulheres rurais brasileiras, foi evidenciado que 61,5% das mulheres quilombolas sofreram violência sexual por um parceiro íntimo (Stochero; Pinto, 2024). Além disso, a Região Nordeste do país é o local que há uma prevalência maior de VPI (8,17%), contra uma prevalência de 7,23% de VPI na Região Norte. Evidenciado que a presença de VPI influencia o nível de autonomia dessas entrevistadas.

6.2 Autonomia reprodutiva e variáveis sociodemográficas

Nesta pesquisa, algumas variáveis independentes mostraram associação com autonomia reprodutiva somente na análise bivariada, sendo descartada tal associação na análise de regressão robusta (multivariada). Isso pode ter ocorrido porque, na análise bivariada, somente é identificado a interferência de uma variável independente com uma variável dependente (autonomia reprodutiva) por vez. Enquanto na análise multivariada, todas as variáveis têm influência simultânea na variável dependente. As variáveis que tiveram essa divergência de associação foram: número de filhos; estado civil; lesão grave perpetrada por mulher e violência psicológica grave perpetrada pelo parceiro.

Os resultados desta pesquisa identificaram que existe diferença entre o nível de autonomia reprodutiva das mulheres manauaras de acordo com o distrito de saúde em que elas habitam. Foi constatado que mulheres que vivem na Zona Leste de Manaus tem o menor nível de autonomia reprodutiva da cidade, com escore médio de 2,90. Sabe-se que, em se tratando do município de Manaus, a Zona Leste é uma das maiores em extensão territorial e população, e que, juntamente com a Zona Norte, são lugares com grande vulnerabilidade social, abarcando os bairros com os piores índices de desenvolvimento humano (Morais; Krause; Lima Neto, 2016), sendo a zona com 2ª pior renda mensal de acordo com o IBGE 2010.

Em comparação com a Zona Leste, a Zona Sul é o distrito em que foi achado o melhor nível de autonomia reprodutiva das mulheres (escore de 3,34), isso pode estar atrelado a Zona Centro-sul ter rendimentos mensais melhores do que as demais zonas (Costa, 2017). De acordo com os dados do IBGE (2010), a Zona Sul e Centro Sul, juntas, possuem média de renda mensal entre seus moradores de R\$2.599,26, em comparação com a renda dos habitantes da Zona Leste, de R\$1.186,81, sendo a segunda pior renda por zona no município de Manaus (Secretaria de Estado de

Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação, 2021). Isto evidencia a desigualdade entre as zonas da cidade de Manaus, expondo que a prática de coerção sexual e reprodutiva, e, conseqüentemente a falta de autonomia reprodutiva, pode estar atrelada a desigualdade social.

Tanto na análise bivariada quanto multivariada, a coitarca se mostrou associada ao nível de autonomia reprodutiva, influenciado o escore de forma abrupta. Em um cenário baseado na presente amostra, identificou-se que a mulher que tem coitarca aos 9 anos (a menor idade da amostra) possui um escore de 2,92, em comparação com as mulheres que têm sua primeira relação sexual com 27 anos (maior idade da amostra) com escore médio de autonomia reprodutiva em 3,11.

Ademais, Silva et al. (2020) identificaram que a idade da primeira relação sexual foi associada a violência sexual, sendo o parceiro íntimo o maior perpetrador desse tipo de violência. No estudo de Barbosa et al. (2009), realizado com 3.822 mulheres em 13 cidades de todas as regiões brasileiras, foi constatado que a coitarca precoce (até 17 anos) foi associada a aborto induzido. A prática de coerção reprodutiva pode influenciar as mulheres a realizarem abortos induzidos, como observado nos resultados de Pilecco; Knauth e Vigo (2011), no qual as entrevistadas que abortaram sofreram o dobro de coerção sexual do que aquelas que nunca abortaram (Pilecco; Knauth; Vigo, 2011). A coitarca em idade precoce pode induzir uma relação de poder desigual dentro de um relacionamento, considerando que meninas mais jovens podem não ter um preparo emocional adequado para iniciar essa etapa da vida, ficando mais suscetíveis a sofrer coerção sexual e reprodutiva por seus parceiros e, conseqüentemente, diminuindo sua autonomia reprodutiva.

Apesar da análise multivariada não ter indicado associação, a análise bivariada apresentou associação quanto ao número de filhos e autonomia reprodutiva, em que a média de filhos das entrevistadas foi 1,87. Silva et al. (2020) trazem resultados parecidos, com a perpetração da violência sexual por parceiro íntimo sendo associada a mulheres que tiveram mais de 3 gestões e mais de 4 filhos. No estudo de Loll et al. (2020), realizado com 516 mulheres de 15 a 24 anos, foi identificado que mulheres nulíparas tiveram um escore maior de autonomia reprodutiva nas subescalas comunicação e tomada de decisão da Escala de Autonomia Reprodutiva, quando comparado a mulheres que já passaram pelo processo gravídico. Bem como no estudo de Leite e colaboradores (2021) que mostraram que mulheres com alta prevalência de sofrer violência sexual por parceiro íntimo tinham mais filhos. Além

disso, mulheres que sofrem coerção reprodutiva tem mais chances de ter uma gravidez não planejada do que as mulheres que não vivenciam esse tipo de coerção (Grace et al., 2022).

Uma hipótese para esta associação é de que mulheres das quais os parceiros manipulam suas decisões, pressionam-nas para engravidar ou a manter uma gestação contra sua vontade, estão mais vulneráveis a sofrer coerção sexual e reprodutiva e ter uma tomada de decisão menor no que tange a sua saúde reprodutiva. Além disso, a coerção sexual e reprodutiva conseqüentemente pode acarretar, como já mencionado anteriormente, a gravidez não planejada, podendo levar a mulher a um aborto induzido ou espontâneo (Bola et al., 2016). Entretanto, uma das formas que as mulheres encontram de minimizar os efeitos da coerção e melhorar sua autonomia reprodutiva, é o uso de métodos contraceptivos que os parceiros não consigam visualizar, como o Dispositivo Intrauterino (Grace et al., 2022).

Em se tratando do consumo de álcool pelas mulheres, esta pesquisa indica que mulheres que ingerem álcool tendem a ter uma autonomia reprodutiva menor. Sabe-se que mulheres que sofrem coerção reprodutiva tem mais chances de fazer uso de álcool e drogas antes do sexo (PettyJohn et al., 2016). Esses achados vão de acordo com Swan et al., (2016), que em seu estudo realizado com jovens universitários de minoria sexual e heterossexuais de 18 a 24 mostrou que a coerção reprodutiva foi associada ao uso de álcool. Entretanto, o estudo de Gilmore et al (2014) mostra em seus resultados que ter sofrido coerção sexual verbal não esteve ligado ao uso de álcool em geral. Também não foi encontrado histórico de coerção sexual verbal em situações de ingestão de álcool antes do sexo. O álcool pode ser um fator de risco para a mulher sofrer coerção sexual e reprodutiva, visto que ele interfere no julgamento da mulher, deixando-a mais suscetível a sofrer violência e a ter menos poder de decisão no que tange as suas escolhas reprodutivas e sexuais, devido as alterações emocionais e cognitivas que o álcool pode causar.

Entretanto, o uso de drogas tanto pela mulher quanto pelo parceiro não foi associado a autonomia reprodutiva no presente estudo. O que contraria outros resultados, no qual mostram que a coerção reprodutiva está associada ao uso de drogas pelo parceiro (Grace et al., 2022). Isso pode estar atrelado a outros fatores que, na nossa amostra, possam influenciar mais a autonomia reprodutiva, como o uso de álcool pelas mulheres que diminui o nível de autonomia reprodutiva em 0.06. Outro fator que pode interferir são algumas limitações do estudo, como o tema sensível da

pesquisa, na qual as entrevistadas se preocupam com a própria reputação e tem medo de revelarem possíveis condutas que são socialmente reprováveis, como o uso de drogas, mesmo que a pesquisa seja sigilosa.

Curiosamente, também não houve associação com o consumo de álcool pelo parceiro com o nível de autonomia reprodutiva da mulher, indo contra achados de outros estudos. Pois sabe-se que um dos fatores de risco para sofrer VPI de forma sexual é o uso nocivo de álcool tanto do parceiro quanto da vítima (Rosa et al., 2013). Além disso, estudos mostram que parceiros que fazem uso de álcool tem mais chances de cometer violência sexual (Bola et al. 2016). Esses resultados convergem com os mesmo de Grace et al. (2022), que evidenciam que a coerção reprodutiva está associada ao consumo de álcool pelo parceiro. Em um estudo realizado com 313 homens que foram divididos em grupos que 1) receberam doses de álcool; 2) receberam placebo, e, por fim, receberam um caso semelhante a uma situação que sua parceira solicitava o uso de preservativo na relação sexual, foi identificado que homens que estavam sob o uso de álcool tinham uma tendência maior a agressão sexual e resistência ao uso de preservativo de forma coercitiva do que o grupo que não recebeu bebida alcoólica (Davis et al., 2019).

Ainda na análise bivariada, o estado civil da mulher (casada/não casada) também teve associação com nível de autonomia reprodutiva, no qual mulheres casadas apresentaram um nível maior de autonomia reprodutiva (3,23) na escala geral em comparação as não-casadas (3,02). Apesar da divergência de estudos em relação a associação desta variável com autonomia reprodutiva, esses resultados corroboram com Grace et al. (2022) que em seu estudo com 482 mulheres latinas de 15 a 45 anos, identificaram que mulheres que sofreram coerção reprodutiva tinham menos probabilidade de serem casadas. O presente estudo também converge com os resultados de Clark et al. (2013) no qual mostram que mulheres solteiras e que namoram eram 2 vezes mais propensas a sofrer coerção reprodutiva (coerção na gravidez e sabotagem do controle de natalidade) do que mulheres em relacionamentos mais sérios.

Todavia, no estudo de validação da Escala de Autonomia Reprodutiva com as mulheres estadunidenses, ser casada não teve associação com a subescala coerção reprodutiva, mas ser casada aumentou o nível de autonomia reprodutiva na subescala comunicação e diminuiu o escore de autonomia na subescala tomada de decisão (Upadhyay et al., 2014). Entretanto, os resultados do estudo de validação da escala

de autonomia reprodutiva no Brasil, evidenciam que as mulheres “casadas” tiveram um nível de autonomia reprodutiva menor do que as demais na subescala “comunicação” (Fernandes et al., 2019). Além disso, Ahinrokah et al. (2020) mostram que mulheres que coabitavam com seus parceiros tinham mais chances suas necessidades contraceptivas não serem atendidas em comparação que não residiam na mesma casa que seus parceiros. Entretanto, em um estudo realizado em Gana com 516 adolescentes e jovens adultas de 15 a 25 anos, foi identificado que não houve associação entre status de relacionamento e nível de autonomia reprodutiva nas subescalas comunicação e tomada de decisão (Loll et al., 2020).

Esses resultados divergem do estudo de Marques et al. (2024), realizado com 160 mulheres de 18 a 49 anos composto por mães e filhas, que mostra que mulheres solteiras tinham um nível maior de autonomia reprodutiva do que as mulheres casadas. Especula-se que a média de autonomia reprodutiva ser maior em mulheres casadas se dá porque essas mulheres tendem a ter mais tempo de relacionamento com seus parceiros, existindo uma resolução de conflitos entre os casais e tendo mais liberdade em comunicar sobre suas vontades e desejos. No mais, Samankasikorn et al. (2018), mostram que tanto sofrer coerção reprodutiva ou VPI estão associados a mulheres solteiras.

A respeito da raça/cor, foi notado que houve associação entre esta variável e nível de autonomia reprodutiva, sendo a raça “indígena” associada a um maior nível de autonomia reprodutiva. No Brasil, de acordo com a Fundação Nacional do Índio (2016), a partir do censo do IBGE de 2010, há 896 mil pessoas que se autodeclaram indígenas, distribuídos em 305 etnias distintas e línguas indígenas diferentes. Dito isto, nesta pesquisa, ser “indígena” aumenta o escore de autonomia reprodutiva em 0,2. Não foi encontrado estudos quantitativos que verificassem o nível de coerção sexual e reprodutiva ou autonomia reprodutiva especificamente em mulheres indígenas.

Entretanto, há artigos que correlacionam a raça ao nível de autonomia reprodutiva, como é visto nos resultados de (Borges; Dias; Ale, 2023), em que mulheres amarelas e indígenas tinham um menor nível de autonomia reprodutiva do que as mulheres brancas. No estudo de Clark et al (2013), mulheres que se consideravam da raça preta, multirracial ou de “outra raça” eram mais propensas a sofrer coerção reprodutiva de seus parceiros que as demais. Esses resultados convergem com Holliday et al. (2017) que identificaram que a prevalência de sofrer

coerção reprodutiva era maior em mulheres negras e multirraciais do que nos demais grupos. Além disso, na validação da escala de autonomia reprodutiva, percebeu-se que mulheres negras não americanas, mulheres latinas e asiáticas tiveram um nível de autonomia reprodutiva menor do que as mulheres brancas não latinas na subescala de coerção reprodutiva, assim como mulheres negras não latinas e latinas tiveram um nível menor de autonomia reprodutiva na subescala comunicação (Upadhyay et al., 2014).

Todavia, em um estudo qualitativo realizado com 40 mulheres indígenas da etnia Curipaco que vivem em uma reserva indígena na Tríplice Fronteira entre Brasil – Venezuela – Colômbia, foi evidenciado o contraste de opiniões das próprias entrevistadas em relação a sua autonomia reprodutiva, em que, apesar de as mulheres indígenas conseguirem ter mais autonomia no que tange as decisões sexuais e reprodutivas, como escolher a idade da coitarca e escolher seu parceiro e outras decisões reprodutivas, ainda é evidenciado que algumas decisões reprodutivas ainda são realizadas por parceiros, de acordo com alguns relatos (Osório et al., 2024). Em um estudo realizado com 4.634 adultos jovens de 18 a 24 anos em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, foi evidenciado que uma menor prevalência em sofrer coerção sexual em pessoas que se consideravam brancas (Moraes; Cabral; Heilborn, 2006).

Os resultados no que se refere a associação de raça/cor com autonomia reprodutiva diverge dos diversos estudos realizados em diferentes contextos, uma possibilidade disso é a não existência da categoria “indígena” em alguns deles. Entretanto, em todos os estudos a mulher branca teve uma autonomia reprodutiva maior que as mulheres das demais raças. Os resultados desta pesquisa mostram que as mulheres indígenas têm uma autonomia reprodutiva maior que as mulheres que se consideram brancas, uma hipótese é que algumas etnias indígenas possam dar a liberdade das mulheres de tomarem suas próprias decisões, como é observado na etnia Curipaco, conforme relatado por algumas entrevistadas (Osório et al., 2024).

Além disso, percebe-se um maior alcance das mulheres indígenas a métodos contraceptivos, como é visto nas mulheres da etnia Xukuru do Ororubá, no qual elas têm acesso a anticoncepcionais, destacando o uso de preservativo, pílula oral e ligadura tubária (Araujo et al., 2020). Entretanto, percebeu-se que algumas mulheres se arrependeram de métodos contraceptivos irreversíveis (Araujo et al., 2020), evidenciando que, apesar do avanço que as mulheres indígenas têm no alcance da

autonomia reprodutiva, ainda é necessário que o Estado ofereça o devido suporte, orientação e assistência no que refere a saúde sexual e reprodutiva para essa população.

Em suma, sabe-se que as mulheres indígenas normalmente têm um início da vida sexual precoce (Osório et al., 2024), e, como mencionado em parágrafos anteriores baseado nos resultados de Silva et al. (2020) e Barbosa et al. (2009), a coitarca precoce pode diminuir a autonomia reprodutiva. Entretanto, ser indígena na presente pesquisa se mostrou um fator de influência tão forte na autonomia reprodutiva que, em um cenário em que a mulher indígena possa ter sua primeira relação sexual aos 9 anos (menor idade da amostra) e não possua renda, ela ainda conta com um escore de autonomia reprodutiva maior (3,14) do que mulheres não-indígenas com coitarca aos 15 anos (idade média da amostra), com renda de R\$1.307,00 (renda média da amostra).

Sabe-se que a coerção reprodutiva está associada a um menor status socioeconômico (Grace; Anderson, 2018). A presente pesquisa indica que o nível de autonomia reprodutiva está ligado a renda, e quanto maior a renda, maior a autonomia reprodutiva da mulher. Estes dados corroboram com os resultados de Ahinrokah et al. (2020), que mostram que mulheres que tem o quintil de renda menor, tem mais chances de não terem suas necessidades contraceptivas atendidas por seus parceiros. Além disso, esses dados convergem com os resultados de Sougou et al. (2020), em que mulheres que tinham o quantil de renda maior, tinham mais poder em tomar suas próprias decisões em se tratando de autonomia reprodutiva. Do mesmo modo, a baixa renda também é um fator associado a sofrer coerção sexual (Smith et al., 2023), como observado em um estudo realizado com 4.634 adultos jovens de 18 a 24 anos em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, evidenciando que, quanto maior a renda do participante, menor a frequência do mesmo em sofrer coerção sexual (Moraes; Cabral; Heilborn, 2006). Bem como nos resultados de Leite et al., (2021), que mostram uma prevalência de violência sexual por parceiro íntimo em mulheres de baixa renda.

Com base no exposto, conclui-se que a violência sexual por parceiro íntimo tem como fator de risco a pobreza (Rosa et al., 2013). A baixa renda estar associada a presença de coerção sexual e reprodutiva e, conseqüentemente, a falta de autonomia reprodutiva, pode estar atrelada a dependência financeira de mulheres para com seus parceiros, existindo uma relação de poder à vista disso, sendo obrigadas a se

submeter a situações de coação devido as mesmas não possuírem recursos financeiros próprios, restringindo sua tomada decisão no que tange a autonomia reprodutiva.

Desta maneira, destaca-se, neste estudo, que trabalhar está inversamente proporcional a autonomia reprodutiva, ou seja, se a mulher trabalha, ela tem uma autonomia reprodutiva menor. O que é curioso, pois, usualmente a presença de coerção sexual e reprodutiva, – e, conseqüentemente, a falta de autonomia reprodutiva – está ligada a pouca renda, o que normalmente é a situação de mulheres desempregadas, e não o contrário. Como é evidenciado por Dantas-Berger e Giffin (2005) em que as mulheres cediam para seus parceiros para manter relações sexuais sem suas vontades por medo de perder o apoio financeiro deles.

Apesar da associação da presença de coerção sexual e reprodutiva – e baixa autonomia reprodutiva – e mercado de trabalho ser um tema complexo, sabe-se que a violência atinge as mulheres sem distinção de classes sociais (Carvalho; Oliveira, 2017). A exemplo disso, o estudo realizado pelo FIEMG (2021) identificou que cerca de 13% de trabalhadoras sofriam algum tipo de violência doméstica, considerando, ainda, que esses dados possam ser subnotificados. Essa associação controversa pode estar ligada ao fato de que, justamente pela mulher sofrer coerção sexual e reprodutiva e não ter o poder de tomar decisões próprias, ela seja afetada pela gravidez não planejada, pelo abortamento, pelos transtornos de saúde, e precise ter uma renda financeira para cuidar das conseqüências da violência sofrida.

6.3 Autonomia reprodutiva e violência por parceiro íntimo

Sabe-se que a coerção reprodutiva está associada a sofrer VPI (Grace; Anderson, 2018) (Grace et al. 2022). Samankasikorn et al. (2018) mostram em seus resultados que mulheres que sofrem VPI tem 11 vezes mais chances de sofrer coerção reprodutiva. Neste estudo, sofrer violência sexual e psicológica pelo parceiro íntimo foi associado à diminuição da autonomia reprodutiva, decaindo a média em 0,10 e 0,09, respectivamente.

Esse desfecho está em concordância com PettyJohn et al. (2016), no qual evidenciou que mulheres que sofrem coerção reprodutiva são mais acometidas por violência por parceiro íntimo de forma sexual e física. E também converge com os resultados de Miller (2010), em que mulheres que sofrem violência sexual são mais

propensas a sofrer coerção reprodutiva. Do mesmo modo foi identificado que mulheres que sofreram coerção reprodutiva eram mais propensas a sofrer VPI sexual no ano anterior do que as mulheres não vítimas da coerção reprodutiva (Muñoz et al., 2023)

Além disso, os resultados de Dantas-Berger e Giffin (2005) identificaram que as mulheres “aceitavam” manter relações sexuais com seus parceiros pelo medo de sofrer violência física, e que, de fato, esse tipo de violência ocorria quando o sexo pelas entrevistadas era negado. Neste mesmo estudo é apontado que ocorria a perpetração de violência psicológica pelos parceiros caso as mulheres não aceitassem a ter relações sexuais com eles, sendo usado pelos mesmos a estratégia de difamar e xingar as parceiras para coagi-las ao sexo. Esses resultados se confirmam com o estudo de Starratt et al. (2008), que evidenciaram uma associação entre insultos praticados pelos parceiros e perpetração de coerção sexual. Ressalta-se que a violência psicológica por parte dos parceiros é frequente e está relacionada a coerção reprodutiva, com os parceiros obrigando as mulheres a interromperem o uso de contraceptivos, acusando-as de ter relações extraconjugais, de prostituição e abandono do relacionamento e filhos (Wood, 2020).

Em um estudo realizado no Irã com 2091 mulheres que foram divididas em mulheres que sofreram violência e que não sofreram violência, foi identificado que violência sexual e violência psicológica ocorreram simultaneamente com a coerção sexual em ambos os grupos (Soleimani; Ahmadi; Yozenef, 2016). Estes estudos vão de acordo com os achados de Thomas et al. (2024), que evidenciaram através de uma pesquisa com qualitativa por meio de uma discussão com grupos focais com 320 participantes, a existência de violência psicológica e física dentro da situação de coerção reprodutiva, em que os parceiros usam desses tipos de violência para coagir as mulheres a terem filhos. Mulheres que tem dificuldade em negociar o uso do preservativo com o parceiro tem 1,4 mais chances de sofrer violência física. Os mesmos autores evidenciam que a frequência de violência sexual é maior em mulheres que o parceiro se recusa a usar preservativo (Leite et al., 2021).

A violência física também coexiste com a coerção reprodutiva Soleimani; Ahmadi e Yozenef (2016), Thomas et al. (2024). Sendo perpetrado a violência física pelos parceiros quando os mesmos querem impedir a mulher de tomar suas próprias decisões sobre o uso de anticoncepcionais, por exemplo (Wood et al., 2020). Ainda

assim, neste estudo, não houve associação da perpetração de violência física pelo parceiro com autonomia reprodutiva.

Apesar disso, houve associação da perpetração da violência física pela mulher com o escore de autonomia reprodutiva, aumentando o escore em 0,08. Essa relação pode ser entendida como uma forma da mulher tentar equilibrar a relação de poder na relação conjugal, inicialmente usando táticas de resolução de conflitos, e, numa falha deste método, utilizando como meio de defesa atitudes mais agressivas para manter seus desejos e vontades no que tange às suas decisões na vida sexual e reprodutiva. Além disso, a VPI bilateral é mais comum do que a perpetrada somente por um parceiro (Testa; Hoffman; Leonard, 2011), em que a mulher também pode reagir frente à uma violência perpetrada pelo companheiro (Dantas-Berger; Giffin, 2005), já que a agressividade tende a surgir quando o outro parceiro já usa da violência (Testa; Hoffman; Leonard, 2011). Sendo a perpetração de violência uma resposta à violência sofrida (Straus, 2005). Em que mulheres praticam a violência para fazer com que seus parceiros as ouçam e façam o que elas desejam, enquanto os homens perpetram a violência para mostrar quem tem controle na relação, por vingança contra as parceiras ou “autodefesa” (Whitaker, 2013). Dito isto, ainda que a mulher cometa violência física contra o seu parceiro, o impacto no escore de autonomia reprodutiva é menor quando comparado com uma situação em que seu parceiro perpetra violência sexual ou psicológica.

Como exposto, a VPI e a coerção reprodutiva e sexual estão relacionadas, trazendo malefícios para a saúde da mulher que passa por essas violências, tais consequências são evidenciadas com a gravidez indesejada; aborto; esterilização e falta de controle de sua própria fertilidade (Sakar, 2008). Além do mais, mulheres vítimas de VPI são mais propensas a não usar métodos contraceptivos – seja pela dificuldade de encontrar ou manusear o método –, e tendem a divergir de opiniões com os seus parceiros no que se refere ao desejo de gestações futuras, em que seus maridos desejam ter mais filhos quando elas não querem. Pois é notoriamente reconhecido que mulheres vítimas de VPI tendem não querer ter filhos ou postergar uma futura gestação (Okenwa; Lawoko; Jansson, 2010).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram atingidos ao avaliar o nível de autonomia reprodutiva de mulheres usuárias de Unidades de Saúde da Família (USF) em Manaus/AM, bem como sua relação com características sociodemográficas e a violência por parceiro íntimo (VPI). Os achados confirmam que a autonomia reprodutiva das mulheres pode ser influenciada por fatores como renda, consumo de álcool e condição de atividade, além da presença de VPI, especialmente a violência psicológica e sexual. Além disso, a pesquisa revelou que a zona administrativa em que a mulher vive também interfere significativamente em sua autonomia reprodutiva, destacando desigualdades regionais dentro do município de Manaus.

Os resultados também responderam diretamente às questões norteadoras da pesquisa. Foi identificado que as características sociodemográficas associadas à autonomia reprodutiva incluem idade da primeira relação sexual (coitarca), número de filhos, renda, consumo de álcool e localização geográfica. Além disso, verificou-se que a presença de diferentes tipos de VPI, especialmente a violência psicológica e sexual, está diretamente associada a níveis mais baixos de autonomia reprodutiva.

Este estudo representa uma contribuição inédita para a literatura brasileira, sendo o primeiro a analisar a relação entre autonomia reprodutiva e VPI na Região Norte. Os resultados preenchem uma lacuna importante no campo da saúde pública, fornecendo dados que podem orientar futuras pesquisas e intervenções voltadas à proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Além disso, a pesquisa reforça a necessidade de adaptação das políticas públicas e diretrizes para a promoção da autonomia reprodutiva e a prevenção da coerção sexual e reprodutiva, especialmente em regiões mais vulneráveis.

Os achados desta pesquisa têm implicações importantes para a formulação e aprimoramento de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva. Diante da influência de fatores socioeconômicos e da violência de parceiro íntimo na autonomia reprodutiva das mulheres, torna-se essencial que gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvam estratégias que garantam um atendimento mais equitativo e sensível às necessidades das mulheres em diferentes zonas administrativas.

Recomenda-se a capacitação de profissionais da APS para identificar sinais de coerção sexual e reprodutiva e oferecer suporte adequado às vítimas. Além disso,

sugere-se a inclusão da temática da VPI nos protocolos municipais de atendimento à saúde da mulher, de modo que os serviços de saúde desempenhem um papel ativo na identificação e no enfrentamento dessas violências.

Embora este estudo forneça contribuições valiosas para o campo da saúde coletiva, algumas limitações devem ser consideradas. O delineamento transversal da pesquisa impossibilita estabelecer relações causais entre a autonomia reprodutiva e as variáveis estudadas. Além disso, a coleta de dados baseou-se em autorrelato, o que pode ter resultado em subnotificação, especialmente devido à sensibilidade do tema. Para mitigar essa limitação em pesquisas futuras, recomenda-se o uso de metodologias complementares, como entrevistas em profundidade e triangulação de dados com registros médicos ou observações clínicas.

Futuras pesquisas podem adotar abordagens longitudinais para compreender melhor a relação entre coerção sexual e reprodutiva e autonomia reprodutiva ao longo do tempo. Além disso, estudos qualitativos poderiam fornecer insights sobre as experiências subjetivas das mulheres que vivenciam esse tipo de violência, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes no âmbito da APS. Outra linha de investigação relevante seria a avaliação do impacto de políticas e programas já existentes na autonomia reprodutiva das mulheres em diferentes regiões do Brasil.

Em suma, esta pesquisa trouxe novas perspectivas sobre os fatores que influenciam a autonomia reprodutiva das mulheres usuárias da APS em Manaus, ampliando o conhecimento sobre a relação entre coerção sexual e reprodutiva e desigualdades sociais. Espera-se que, com os resultados elencados neste estudo, gestores locais e formuladores de políticas públicas vislumbrem a necessidade de ações direcionadas à promoção da autonomia reprodutiva e à prevenção da violência sexual por parceiro íntimo, garantindo maior proteção e suporte às mulheres que enfrentam essas situações.

8. REFERÊNCIAS

AGYEMANG-DUAH, Williams et al. Intimate partner violence as a determinant of pregnancy termination among women in unions: evidence from the 2016–2018 Papua New Guinea Demographic and Health Survey. *Journal of biosocial science*, p. 1-14, 2023. Disponível em: < <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-biosocial-science/article/intimate-partner-violence-as-a-determinant-of-pregnancy-termination-among-women-in-unions-evidence-from-the-20162018-papua-new-guinea-demographic-and-health-survey/EFF2F297B279C9786BBBE57F47621583> > Acesso em 02 dez 2023

AHINKORAH, Bright Opoku et al. Sexual violence and unmet need for contraception among married and cohabiting women in sub-Saharan Africa: Evidence from demographic and health surveys. *PLoS One*, v. 15, n. 11, p. e0240556, 2020. Disponível em: < <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240556> > Acesso em 02 dez 2023.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher—São Paulo, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190486, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190486>. Acesso em 02 jan de 2025.

ANDRADE, Ana Lúcia S. Sgambatti de; ZICKER, Fábio. Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Fundação Nacional da Saúde; 1997. 182 p. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-253794>> Acesso em 15 nov 2023.

ARAUJO, Maria Rafaela Amorim de et al. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 193-204, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012414>. Acesso em 10 dez 2024.

BARBOSA, Regina Maria et al. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1085-1099, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400015> . Acesso em 19 nov 2024.

BASILE, Kathleen C. et al. National intimate partner and sexual violence survey: 2010 summary report. 2011. Disponível em: < <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11637> > 13 mar 2024

BARBOSA, Regina Maria et al. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1085-1099, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400015> . Acesso em 19 nov 2024.

BESSA, Maria Misrelma Moura et al. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. *Reprodução & climatério*, v. 29, n. 2, p. 71-79, 2014. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208714000466> > acesso em 19 mar 2024.

BUENO, Samira; REINACH, Sofia. A cada minuto, 25 brasileiras sofrem violência doméstica. *Folha de S. Paulo, São Paulo*, v. 12, 2021. Disponível em: < https://fontesegura.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Ed_80_Multiplas_vozes_A_cada_minuto_25_brasileiras_so_frem_violencia_domestica.pdf > acesso em 19 mar 2024.

BOLA, Solanke Lukman. Spousal violence and pregnancy termination among married women in Nigeria. *African health sciences*, v. 16, n. 2, p. 429-440, 2016. Disponível em: < <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/138601> > Acesso em 02 dez 2023.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. *Epidemiologia básica*. OPS, 2008. Disponível em: < <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3153> > Acesso em: 18 out 2023.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 165-174, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n28/165-174/pt>. Acesso em 02 jan 2025.

Borges Ana Luiza Vilela, Dias Ana Cleide da Silva, Ale Carolina Cavalcante da Silva. Autonomia reprodutiva associada ao uso de métodos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva. *Rev Gaúcha Enferm.* 2023;44:e20230072. Disponível em: : <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230072.pt> Acesso em 14 nov 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabam.def> >, Acesso em 19 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def> > Acesso em 10 dez 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violeam.def> > Acesso em 10 dez 2023

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Editora MS, 2004. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism> > acesso em 19 mar 2024

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre criação de mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República, 2006. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm > acesso em 19 mar 2024.

BRASIL; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. 2011. Disponível em: < <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/pacto-nacional/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf/view> > acesso em 19 mar 2024.

CARVALHO, José Raimundo; OLIVEIRA, V. H. PCSVDF mulher: pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher. **Violência doméstica e seu impacto no mercado de trabalho e na produtividade das mulheres. Relatório II-Primeira Onda–2016. Fortaleza: UFC/IMP,** 2017. Disponível em: < <https://www.institutomariadapenha.org.br/projetos/pesquisa-pcsvdfmulher.html> > Acesso em 19 fev 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. Intimate partner violence, sexual violence, and stalking among men. National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/menipvsvandstalking.html>, 2020. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/men-ipvsvandstalking.html> > acesso em 19 mar 2024.

CHAMBERLAIN, Linda; LEVENSON, Rebecca. Addressing intimate partner violence, reproductive and sexual coercion. A Guide for Obstetric, Gynecologic and Reproductive Health Care Settings, Second Edition. San Francisco, CA: Futures Without Violence [Online]. Accessed on August, v. 27, p. 2012, 2012. Disponível em: < <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=fde0f92ce9d10c278f601a0fb7da67d16b15c3f0> > Acesso em 07 dez 2023.

CLARK, Lindsay E, et al. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. American journal of obstetrics and gynecology, v. 210, n. 1, p. 42. e1-42. e8, 2014. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937813009605?casa_token=mksxs5RWmIAAAAAA:1H2vu0Xmp1DujWVSFnWQxJMBM6VZJ4w2nlaG6ZYxqX42eiVZjzA4Ruoh_xdmp9rqi69Xz0la28lJ > Acesso em 02 dez 2023.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, ACLG da; LINDNER, Sheila Rubia. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: < https://uniasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/143561/mod_resource/content/19/MOOC-Tipologias-comficha.pdf > acesso em 19 mar 2024.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 147-177, 1996. Disponível em: < [scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/?format=pdf&lang=pt) > acesso em 14 mar 2024.

COSTA, Marta Cocco da et al. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PDhWVNzrq5R7vYjjWT9Dkmg/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 02 dez 2023.

COSTA, Reinaldo Corrêa. Riscos, fragilidades & problemas ambientais urbanos em Manaus. 2017. Disponível em: <https://repositorio.inpa.gov.br/handle/1/4696> . Acesso em 18 nov 2024

DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 417-425, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>. Acesso em 19 nov 2024.

DAVIS, Kelly Cue et al. Men's coercive condom use resistance: The roles of sexual aggression history, alcohol intoxication, and partner condom negotiation. **Violence against women**, v. 24, n. 11, p. 1349-1368, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801218787932> Acesso em 17 nov 2024.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1037-1050, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SzQ96NCxv3hWNQ5TvBBSjTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 02 Jan 2025.

DA FONSECA, João José Saraiva. Apostila de metodologia da pesquisa científica. João José Saraiva da Fonseca, 2002. Disponível em: < <http://www.ia.ufrjr.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf> > Acesso em 15 nov 2023.

DELONG, Stephanie M. et al. Married very young adolescent girls in Niger at greatest risk of lifetime male partner reproductive coercion and sexual violence. *PLoS One*, v. 15, n. 4, p. e0231392, 2020. Disponível em: < <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231392> >. Acesso em 02 dez 2023.

DIAS, Ana Cleide da Silva et al. Influência das características sociodemográficas e reprodutivas sobre a autonomia reprodutiva entre mulheres. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 30, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/zKcGbQVvk69888KGY9ZDyrPF/?lang=pt> > Acesso em 20 fev 2024.

DRAUGHON, Jessica E. et al. Impact of intimate partner forced sex on HIV risk factors in physically abused African American and African Caribbean women. *Journal of immigrant and minority health*, v. 17, p. 1313-1321, 2015. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-014-0112-x> > Acesso em 02 dez 2023.

DU MONT, Janice et al. A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services. *BMC women's health*, v. 17, p. 1-8, 2017. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-017-0408-9> > Acesso em 02 dez 2023.

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte et al. Adaptação cultural e confiabilidade da Reproductive Autonomy Scale para mulheres no Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, p. 298-304, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ape/a/fxWXtMxyHkLs3dbmccvPrRH/?format=pdf> > Acesso em 17 out 2023.

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte et al. Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/LPFwY3ptnfzQwvPzxT7ND7R/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 30 nov 2023.

FIEMG. Violência contra a mulher gera impacto bilionário na economia, aponta Fiemg. Disponível em: < <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/10/14/violencia-contra-a-mulher-gera-impacto-bilionario-na-economia-aponta-fiemg.ghtml> > acesso em 19 fev 2024.

Flaeschen H. Epidemia invisível: o papel do SUS no combate à violência contra as mulheres? [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020 [citado 20 Jul 2021]. Disponível em: < <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1135> > acesso em 19 mar 2024.

FLORES, Yesica Yolanda Rangel. A violência sexual como fator limitante na percepção e gestão do risco de HIV em mulheres casadas com migrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rlae/a/x7PCs4YTVDZ7sLkZQn48GQq/?lang=pt> > Acesso em 02 dez 2023.

FUNAI – FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/download>. Acesso em 10 dez. 2024

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 24, p. 335-342, 2015. Disponível em: < https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf > Acesso em 30 nov 2023.

GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. Cadernos de saúde pública, v. 34, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/WgZw9hx8DNkMS749sR4zcQw/?lang=pt> > acesso em 19 mar 2024.

GARCÍA-MORENO, Claudia et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. World Health Organization, 2005. Disponível em: < https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf?sequence=1 > acesso em 10 mar 2024.

GAGE, Anastasia J.; HUTCHINSON, Paul L. Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti. Archives of sexual behavior, v. 35, p. 11-24, 2006. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-006-8991-0> > acesso em 13 março 2024.

GIL, Antonio Carlos et al. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: < https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf > Acesso em 15 nov 2023.

GILMORE, Amanda K. et al. Verbal sexual coercion experiences, sexual risk, and substance use in women. **Journal of aggression, maltreatment & trauma**, v. 23, n. 7, p. 725-739, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.933462> . acesso em 17 nov 2024.

GRACE, Karen Trister; ANDERSON, Jocelyn C. Reproductive coercion: a systematic review. Trauma, Violence, & Abuse, v. 19, n. 4, p. 371-390, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577387/pdf/nihms895763.pdf> > Acesso em 07 dez 2023.

GRACE, Karen Trister et al. Reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy among Latina women. **Journal of interpersonal violence**, v. 37, n. 3-4, p. 1604-1636, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260520922363> . Acesso em 20 nov 2024.

HOLLIDAY, Charvonne N. et al. Racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. **Journal of Women's Health**, v. 26, n. 8, p. 828-835, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5576208/> . Acesso em 10 dez 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: < <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9514#resultado> > Acesso em 12 nov 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: < <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9514> > Acesso em 18 fev 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Mulheres pretas ou pardas gastam mais tempo em tarefas domésticas, participam menos do mercado de trabalho e são mais afetadas pela pobreza. 08 mar. 2024. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39358-mulheres-pretas-ou-pardas-gastam-mais-tempo-em-tarefas-domesticas-participam-menos-do-mercado-de-trabalho-e-sao-mais-afetadas-pela-pobreza>>. Acesso em 19 março 2024.

IDOKO, Patrick et al. Burden of intimate partner violence in The Gambia-a cross sectional study of pregnant women. *Reproductive health*, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25895955/> > Acesso em 10 dez 2023.

JAHROMI, Marzieh Kargar et al. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. *Global journal of health science*, v. 8, n. 5, p. 175, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877196/> > Acesso em 02 dez 2023.

KABAGENYI, Allen et al. Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. *Reproductive health*, v. 11, p. 1-9, 2014. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1186/1742-4755-11-21> > acesso em 13 mar 2024.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa et al. Associação entre a violência e as características socioeconômicas e reprodutivas da mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 279-289, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020387> . Acesso em 20 nov 2024.

LÉVESQUE, Sylvie; ROUSSEAU, Catherine; DUMERCHAT, Mélusine. Influence of the relational context on reproductive coercion and the associated consequences. *Violence against women*, v. 27, n. 6-7, p. 828-850, 2021. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801220917454?casa_token=qqJUYZqjFMAAAAAA:LKcjhEo3eZxapDqBXWPGZaBKc3PIJlbVPJkWdDaKX3D0KABq8WuBJTZ8W9nCfG_Lst3MGcPKyu_CMU0 > Acesso em 10 dez 2023.

LEEMIS, Ruth W. et al. The national intimate partner and sexual violence survey: 2016/2017 report on intimate partner violence. 2022. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/124646>. Acesso em 03 dezembro 2024

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 dez 2024.

LOLL, Dana et al. Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women. *Global public health*, v. 15, n. 4, p. 571-586, 2020. Disponível em: <

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2019.1695871?scroll=top&nedAccess=true> > acesso em 14 mar 2024.

LOLL, Dana et al. Factors associated with reproductive autonomy in Ghana. **Culture, Health & Sexuality**, v. 23, n. 3, p. 349-366, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32301400/> Acesso em 18 nov 2024.

LOURENÇO, Lélío Moura; COSTA, Dayane Pereira. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 13, n. 1, p. 1-18, 2020. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202020000100010&script=sci_arttext > acesso em 19 mar 2024.

MANAUS. Prefeitura Municipal de Manaus. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Manaus, 2017. Disponível em: < <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-de-Manaus-2018-2021.pdf> > Acesso em 13 nov 2023.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Apresentação. 2021. Disponível em: < <https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao/> > Acesso em 20 fev 2024.

MARAIAS, Adele et al. "If He's Abusing You... the Baby Is Going to Be Affected": HIV-Positive Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, v. 25, n. 7, p. 839-861, 2019. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077801218802640?casa_token=2SbCcDThKzYAAAAA%3AD4rlGnHVtdCpjyrKUyY0F-Dj3RIDAYc153cGzZ5gsWEBts6zM6pY88MwL2Lk7p6-7YmNGoEpgvPwTv4 > Acesso em 02 dez 2023.

MARQUES, Gabriela Cardoso Moreira et al. Factors associated with the health and reproductive autonomy of Quilombola women in Brazil. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 42, n. 1, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39083822/>. Acesso em 18 nov 2024.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 23, p. e200007. SUPL. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em 6 jan 2025.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ> > acesso em 19 mar 2024.

MIKTON, Christopher. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Injury prevention*, v. 16, n. 5, p. 359-360, 2010. Disponível em: < <https://injuryprevention.bmj.com/content/16/5/359.long> > acesso em 19 mar 2024.

MILLER, Elizabeth et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. **Contraception**, v. 81, n. 4, p. 316-322, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.004>. Acesso em 13 dez 2024.

MILLER, Elizabeth; SILVERMAN, Jay G. Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy. *Expert review of obstetrics & gynecology*, v. 5, n. 5, p. 511-515, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282154/> > Acesso em 04 mar 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e saúde*. Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: < <https://books.scielo.org/id/y9sxc> > acesso em 04 mar 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 4, p. 513-531, 1997. Disponível em: < scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?format=pdf&lang=pt > Acesso em 04 mar 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: *Impactos da violência na saúde*. 2013. p. 21-42. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025139> > Acesso em 03 fev 2024.

MISGANA, Tadesse et al. Intimate Partner Violence and Its Predictors among Pregnant Women in Eastern Ethiopia: Generalized Structural Equation Modeling. *International journal of reproductive medicine*, v. 2022, 2022. Disponível em: < <https://downloads.hindawi.com/journals/ijrmed/2022/7827234.pdf> > Acesso em: 02 dez 2023.

MITCHELL, Elke; BENNETT, Linda Rae. Pressure and persuasion: young Fijian women's experiences of sexual and reproductive coercion in romantic relationships. *Violence against women*, v. 26, n. 12-13, p. 1555-1573, 2020. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077801219882505?casa_token=D9iPhr2WgoUAAAAA%3A9ZNKIQqJ-JpWZSr-Yp8BeE6zF4JjMQgYRSS30_Dp-ICatZTU4FKYuFRQz-6WS7bmThRbgYP7ZNPdZsU > Acesso em 02 dez 2023.

MORAES, Claudia Leite; HASSELMANN, Maria Helena; REICHENHEIM, Michael E. Adaptação transcultural para o português do instrumento " Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 163-176, 2002. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/26359742_Adaptacao_transcultural_para_o_portugues_do_instrumento_Revised_Conflict_Tactics_Scales_CTS2_utilizado_para_identificar_violencia_entre_casais > Acesso em: 16 out 2023.

MORAES, Cláudia Leite de; CABRAL, Cristiane S.; HEILBORN, Maria Luiza. Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1493-1504, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700013> . Acesso em 19 nov 2024

MORAIS, Maria da Piedade Editora; KRAUSE, Cleandro Henrique; LIMA NETO, Vicente Correia. Caracterização e tipologia de assentamentos precários: estudos de caso brasileiros. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6801> Acesso em 18 nov 2024

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>> Acesso em: 04 jan 2024.

MUÑOZ, Emily A. et al. Reproductive coercion and intimate partner violence victimization among a racially and ethnically diverse young adult sample. **Journal of interpersonal violence**, v. 38, n. 1-2, p. 1261-1278, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9592682/> . Acesso em 10 dez 2024.

NGUYEN, Nghia et al. Reproductive autonomy and contraceptive use among women in Hanoi, Vietnam. **Contraception: X**, v. 1, p. 100011, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.conx.2019.100011>. Acesso em 13 nov 2024.

NJAINE, Kathie et al. Impactos da violência na saúde. Editora Fiocruz, 2020. Disponível em: < <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948-04.pdf> > acesso em 10 mar 2024.

Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Cairo, Setembro de 1995. Nova York: Estados Unidos, 1994. Disponível em: < [https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia#:~:text=A%20Confer%C3%Aancia%20Internacional%20sobre%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20e%20Desenvolvimento%20das,da%20vida%20humana%20foram%20abordados%20de%20forma%20abrangente](https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia#:~:text=A%20Confer%C3%Aancia%20Internacional%20sobre%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20e%20Desenvolvimento%20das,da%20vida%20humana%20foram%20abordados%20de%20forma%20abrangente.). > acesso em 19 mar 2024.

OKENWA, Leah; LAWOKO, Stephen; JANSSON, Bjarne. Contraception, reproductive health and pregnancy outcomes among women exposed to intimate partner violence in Nigeria. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 16, n. 1, p. 18-25, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/13625187.2010.534515>> Acesso em 13 nov 2024.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Violência e saúde coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde e Sociedade*, v. 17, p. 42-53, 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2008.v17n3/42-53/pt> > acesso em 09 mar 2024.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa - Violência contra as mulheres [Internet]. Washington: OPAS; 2017. Disponível em: < Violência contra as mulheres - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org) > acesso em 29 fev 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; KRUG, Etienne G. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/> > Acesso em 07 dez 2023.

Organização Mundial da Saúde, et al. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. World Health Organization, 2010. Disponível em: < https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44350/9789241564007_eng.pdf?sequence=1 > Acesso em 07 dez 2023.

Organização Mundial da Saúde, et al. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence. Younger women among those most at risk: World Health Organization, 2021. Disponível em: < <https://who.canto.global/pdfviewer/viewer/viewer.html?share=share%2Calbum%2CKDE1H&column=document&id=fnhe6ltqft2fd7khr1repuu15j&suffix=doc&print=1> > Acesso em 07 dez 2023.

OSORIO, Vilma Cenit Fandiño et al. Concepções da saúde sexual e reprodutiva entre mulheres curipacas em situação de mobilidade humana. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 2, p. e230266pt, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230266pt>. Acesso em 19 nov 2024.

PATERNIO, Mary T. et al. Exploring reproductive coercion in relationship contexts among young adult, primarily African American women at three women's health clinics. *Journal of interpersonal violence*, v. 36, n. 3-4, p. NP2248-2271NP, 2021. Disponível em: < https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0886260518756116?casa_token=tsfs9yYbDRUAAAAA%3AEoAecq5ZrO0XsH7uoKUdzAdDmzvg8mDrJJCN94Hx_YRpD0clnw9SAPvkTA6uYQk2vRDVB2yFwszqqE > Acesso em 02 dez 2023.

PEARSON, Erin et al. Intimate partner violence and constraints to reproductive autonomy and reproductive health among women seeking abortion services in Bangladesh. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 136, n. 3, p. 290-297, 2017. Disponível em: [10.1002/ijgo.12070](https://doi.org/10.1002/ijgo.12070). Acesso em 13 nov 2024.

PEREIRA, Erica Ribeiro et al. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 445-454, 2014. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2829>. Acesso em 19 nov 2024.

PETTYJOHN, Morgan E. et al. Reproductive coercion, intimate partner violence, and pregnancy risk among adolescent women with a history of foster care involvement. **Children and youth services review**, v. 120, p. 105731, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105731> acesso em 17 nov 2024

PILECCO, Flávia Bulegon; KNAUTH, Daniela Riva; VIGO, Álvaro. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 427-439, 2011. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csp/a/GK9XZpPjgpbTCHLVXg4jRbR/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 10 dez 2023.

REIS, Leonardo Naves dos. Violência doméstica e aspectos cognitivos do agressor: análise quantitativa. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26012017-172837/publico/LEONARDONAVESDOSREIS.pdf> > Acesso em 05 dez 2023.

RICHES, Eleanor; BARRETT, Geraldine; HALL, Jennifer Anne. Evaluation of the psychometric properties of the Reproductive Autonomy Scale for use in the UK. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, v. 49, n. 3, p. 151-157, 2023. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10359515/> > acesso em 19 mar 2024.

ROSA, Doriana Ozólio Alves et al. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. *Femina*, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-694480>. Acesso em 02 dez 2024.

SAMANKASIKORN, Wilaiporn et al. Relationships of reproductive coercion and intimate partner violence to unintended pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 48, n. 1, p. 50-58, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.009>. Acesso em: 20 nov 2024.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 15, p. 508-511, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?format=pdf&lang=pt> >, acesso em: 28 nov 2023.

SARDINHA, Lynnmarie et al. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, v. 399, n. 10327, p. 803-813, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)02664-7/fulltext?utm_campaign=Bundle&utm_medium=referral&utm_source=Bundle](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)02664-7/fulltext?utm_campaign=Bundle&utm_medium=referral&utm_source=Bundle) . Disponível em: 04 dez 2024.

SARGI, Mariane Patrícia; SILVA, Jéssica Rayse; CARMO, Carlos Roberto Souza. Amostragem e análise de dados: Um estudo de caso sobre pesquisas eleitorais brasileiras de 2022. *Revista GeTeC*, v. 14, 2024. Disponível em: < <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/getec/article/view/3302> > Acesso em 23 fev 2025.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia PL; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde pública*, v. 40, p. 112-120, 2006. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2006.v40nspe/112-120/pt> > Acesso em 09 março 2024.

SCHRAIBER, L. B. et al. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. Paim J, Almeida-filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro:

Medbook, p. 83-93, 2014. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/490655/mod_resource/content/1/SCHRAIBER%20VILLASBOAS%20NEMES%20Programaco%20em%20saude%20e%20organizacao%20das%20praticas.pdf > acesso em 19 mar 2024.

Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. Amazonas, 2021. Disponível em: https://www.seducti.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/mapa_da_populacao_por_bairro_de_manaus. Aceso em 18 nov 2024.

SERRA, A. S. L. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf > acesso em 19 mar 2024.

SIGBEKU, O. A.; FAWOLE, O. I.; OGUNNIYAN, T. B. Experience of intimate partner violence as a predictor of sexually transmitted infections among married women in Nigeria. *Annals of Ibadan postgraduate medicine*, v. 13, n. 1, p. 6-16, 2015. Disponível em: < <https://www.ajol.info/index.php/aipm/article/view/127738> > Acesso em 02 dez 2023.

SMITH, Anthony MA et al. Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. **Australian and New Zealand journal of public health**, v. 27, n. 2, p. 138-145, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00808.x>. Acesso em 19 nov 2024.

SILVA, Ana Cristina Fernandes et al. Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 263, p. 3705-3709, 2020. Disponível em: < <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/665> > Acesso em 02 dez 2023.

SILVA, Thais Mageski et al. Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência. *Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)*, p. 986-990, 2018. Disponível em: < https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6294/pdf_1 > Acesso em 02 dez 2023.

SILVA, Viviane Graciele da; RIBEIRO, Patrícia Mônica. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*, v. 24, p. e20190371, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/RXvRBqJz3x4dD3BmntHDCsK/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 02 dez 2023.

SILVA, Ranielle de Paula; LEITE, Franciéle Marabotti Costa. Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 97, 2020. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/97/pt/> > acesso em 19 mar 2024.

SILVERMAN, Jay G. et al. Reproductive coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and associations with partner violence and reproductive health. *SSM-population health*, v. 9, p. 100484, 2019. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827318301642> > acesso em 19 mar 2024.

SMITH, Anthony MA et al. Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. **Australian and New Zealand journal of public health**, v. 27, n. 2, p. 138-145, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00808.x>. Acesso em 19 nov 2024.

SOLEIMANI, Robabeh; AHMADI, Reza; YOSEFNEZHAD, Azadeh. Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychology, health & medicine*, v. 22, n. 7, p. 845-850, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2016.1263755?casa_token=2j4uRBnY2XIAAAAA%3AK8EC8HC3aUyK0kYUQ2ra_QgxApIHLK5ou7kNMr2EySQQacjv_IdOQtnReg4zB36Cfzxpn2GzvXmxqZgchQ > Acesso em 02 dez 2023.

SOUGOU, N. M. et al. Women's autonomy in health decision-making and its effect on access to family planning services in Senegal in 2017: a propensity score analysis. **BMC Public Health**, v. 20, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09003-x>. Acesso em 18 nov 2024.

SRINIVASAN, Sonia et al. Women's expectations of healthcare providers in the context of reproductive abuse in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, v. 22, n. 5, p. 489-503, 2020. Disponível em: < https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2019.1612094?casa_token=a9l89BUJRBEAAAAA%3AxURGobSbwqillkAiVaBnyVrpNFK8wJNjpzVm0vy_UDrSVtSeBdOk88LV1FoG2FfFO-duzckIRxVGH0dTQ > Acesso em 02 dez 2023.

STARRATT, Valerie G. et al. Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationships. **Journal of Family Violence**, v. 23, p. 315-323, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9153-z>. Acesso em 11 dez. 2024.

STOCHERO, Luciane; PINTO, Liana Wernersbach. Prevalência e fatores associados à violência contra as mulheres rurais: um estudo transversal, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e20452022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.20452022>. Acesso em 03 dez 2024.

STRAUS, Murray A. Women's violence toward men is a serious social problem. **Current controversies on family violence**, v. 2, p. 55-77, 2005.. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a48363650335dae b21844772d1dd64936277ddc8> . Acesso em 12 dez 2024.

STRAUS, Murray A. et al. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, v. 17, n. 3, p. 283-316, 1996.

Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/019251396017003001> > Acesso em 14 nov 2023.

SWAN, Laura ET et al. Reproductive coercion in heterosexual and sexual minority emerging adults: Prevalence and behavioral health impact. **Journal of interpersonal violence**, v. 38, n. 9-10, p. 6389-6406, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260522113039> acesso em 17 nov 2024.

TESTA, Maria; HOFFMAN, Joseph H.; LEONARD, Kenneth E. Female intimate partner violence perpetration: Stability and predictors of mutual and nonmutual aggression across the first year of college. **Aggressive behavior**, v. 37, n. 4, p. 362-373, 2011.. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ab.20391>. Acesso em 13 dez 2024.

THOMAS, Haley L. et al. A qualitative exploration of reproductive coercion experiences and perceptions in four geo-culturally diverse sub-Saharan African settings. **SSM- Qualitative Research in Health**, v. 5, p. 100383, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100383>. Acesso em 18 nov. 2024

TORKASHVAND, Saman et al. Sexual violence in women with HIV positive spouse and their mental health. *Journal of Research in Health Sciences*, v. 20, n. 1, p. e00472, 2020. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585757/> > Acesso em 02 dez 2023.

UPADHYAY, Ushma D. et al. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Studies in family planning*, v. 45, n. 1, p. 19-41, 2014. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x> > Acesso em 16 out 2023.

VASCONCELOS, Nádia Machado de et al. Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6hDYSM5rxrFDT9hS5yhr69p/?lang=pt> > acesso em 19 mar 2024.

VEDANA, Bruna Bassi; GERVASONI, Tássia A. Os movimentos feministas na América-Latina e as perspectivas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. *Revista Ártemis*, v. 29, n. 1, p. 279, 2020. Disponível em: < [Movimentos_feministas_na_AL_e_perspectivas_para_as_mulheres_brasileiras_-_Revista_Artemis-libre.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](#) > acesso em 19 mar 2024.

VUNG, Nguyen Dang; OSTERGREN, Per-Olof; KRANTZ, Gunilla. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. **European Journal of Public Health**, v. 19, n. 2, p. 178-182, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn136>. Acesso em 03 dez 2024.

WILLIAMS, Corrine M.; CLEAR, Emily R.; COKER, Ann L. Sexual coercion and sexual violence at first intercourse associated with sexually transmitted infections. *Sexually transmitted diseases*, v. 40, n. 10, p. 771, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927639/> > Acesso em 02 dez 2023.

WOOD, Shannon N. et al. Reproductive coercion among intimate partner violence survivors in Nairobi. **Studies in family planning**, v. 51, n. 4, p. 343-360, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sifp.12141>. Acesso em 20 nov 2024.

WHITAKER, M. Pippin. Motivational attributions about intimate partner violence among male and female perpetrators. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 29, n. 3, p. 517-535, 2013. Acesso em 12 dez 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260513505211>. Acesso em 12 dez 2024.

YAKUBOVICH, Alexa R. et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *American journal of public health*, v. 108, n. 7, p. e1-e11, 2018. Disponível em: < <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2018.304428> > acesso em 19 mar 2024.

ZALESKI, Marcos et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, p. 53-59, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dPPY6gJNmncWf4bMXbHX5Ky/?format=pdf&lang=pt> > acesso em 19 mar 2024.

ZHANG, Wen et al. A moderated mediation analysis of condom negotiation and sexual orientation on the relationship between sexual coercion and condom use in Chinese young women: Cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, v. 7, n. 1, p. e24269, 2021. Disponível em: < <https://publichealth.jmir.org/2021/1/e24269/> > Acesso em 02 dez 2023.

9. ANEXO A – Instrumento de coleta de dados 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2

Identificação: _____ Data: ___/___/___

Versão síntese da CTS2 – Revised Conflict Tactics Scale, adaptado e validado ao contexto brasileiro por Moraes (2002).

Acrescentado à coluna à direita referente à cronicidade. “Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes, ou discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existe diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante o último ano. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que você me dissesse se já aconteceu e o número de vezes que isso aconteceu”. Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu companheiro, no último ano...

Item	Escal a*	Comportamento	Cronicidade/Prevalência
1a	N	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?	0 1 2 3
1b		Seu companheiro mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	0 1 2 3
2a	N	Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	0 1 2 3
2b		Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	0 1 2 3

3a	Pm	Você insultou ou xingou o seu companheiro?	0	1	2	3
3b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
4a	Fm	Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá- lo?	0	1	2	3
4b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
5a	Fm	Você torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele?	0	1	2	3
5b		Seu companheiro(a) fez isso com você?	0	1	2	3
6 ^a	Lm	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro?	0	1	2	3
6b		Seu companheiro teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
7a	N	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	0	1	2	3
7b		Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	0	1	2	3

8a	Cm	Você obrigou o seu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha?	0	1	2	3
8b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
9a	Fm	Você deu um empurrão no seu companheiro?	0	1	2	3
9b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
10a	Cg	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com você?	0	1	2	3
10b		Seu companheiro(a) fez isso?	0	1	2	3
11a	Fg	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro?	0	1	2	3
11b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
12a	Lg	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro?	0	1	2	3
12b		Seu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?	0	1	2	3
13a	Pg	Você chamou o seu companheiro de gordo, feio ou alguma coisa parecida?	0	1	2	3
13b		Seu companheiro chamou você de gorda, feia ou alguma coisa parecida?	0	1	2	3

14a	Fg	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar?	0	1	2	3
14b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
15a	Pg	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito?	0	1	2	3
15b		Seu companheiro fez isso?	0	1	2	3
16a	Lg	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?	0	1	2	3
16b		Seu companheiro foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
17a	Fg	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro?	0	1	2	3
17b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
18a	Pm	Você gritou ou berrou com o seu companheiro?	0	1	2	3
18b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
19a	Fg	Você jogou o seu companheiro contra a parede com força?	0	1	2	3
19b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
20a		Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	0	1	2	3

20b	N	Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	0	1	2	3
21a	Lg	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?	0	1	2	3
21b		Seu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?	0	1	2	3
22a	Fg	Você deu uma surra no seu companheiro?	0	1	2	3
22b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
23a	Fm	Você segurou o seu companheiro com força?	0	1	2	3
23b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
24a	Cg	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você?	0	1	2	3
24b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
25a	Pm	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?	0	1	2	3
25b		Seu companheiro fez isso?	0	1	2	3
26a		Você insistiu em fazer sexo quando o	0	1	2	3

	Cm	seu companheiro não queria sem usar força física?				
26b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
27a	Fm	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro?	0	1	2	3
27b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
28a	Lg	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro?	0	1	2	3
28b		Seu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
29a	Cg	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo oral ou anal em você?	0	1	2	3
29b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
30a	N	Você sugeriu que procurassem, juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	0	1	2	3
30b		Seu companheiro fez isso?	0	1	2	3
31a	Fg	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito?	0	1	2	3
31b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
32a	Cm	Você insistiu para que seu companheiro fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?	0	1	2	3
32b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3

33a	Pg	Você acusou seu companheiro de ser “ruim de cama”?	0	1	2	3
33b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
34a	Pm	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro?	0	1	2	3
34b		Seu companheiro fez isso?	0	1	2	3
35a	Pm	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro?	0	1	2	3
35b		Seu companheiro fez isso?	0	1	2	3
36a	Lm	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro?	0	1	2	3
36b		Seu companheiro sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
37a	Fg	Você chutou o seu companheiro?	0	1	2	3
37b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
38a	Cg	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com você?	0	1	2	3
38b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
39a	N	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	0	1	2	3
39b		Seu companheiro concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	0	1	2	3

*Legenda para as escalas: N negociação; Pm agressão psicológica leve; Pg

agressão psicológica grave; Fm violência física leve; Fg violência grave; Cm coerção sexual leve; Cg coerção sexual grave; Lm Lesão leve; Lg Lesão grave.

10. ANEXO B – Instrumento de coleta de dados 3**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 3**

Identificação: _____ Data: ___/___/___

Versão síntese da Escala de Autonomia Reprodutiva adaptado e validado ao contexto brasileiro por Fernandes et al (2019).

Escala de Autonomia Reprodutiva

- As próximas questões são sobre você e seu principal parceiro, ou o parceiro sexual mais recente.

- As questões perguntam sobre quem tem a palavra final em diferentes tipos de decisões.

- Se você tem mais de um parceiro, pense no seu parceiro principal. Se você não tem um parceiro, pense em um parceiro anterior. Se você não tem como fazer nenhuma das seguintes decisões, por favor, pense em quem teria mais a dizer na decisão.

Para estas questões, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas:

Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)

o

Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente

Eu.

1. Tomada de decisão

1. Quem decide sobre você usar um método para evitar a gravidez?

1. Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)

2. Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente

3. Eu

2. Quem decide sobre qual método você usaria para evitar a gravidez?

1. Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)

2. Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente

3. Eu

3. Quem decide sobre quando ter um bebê em sua vida?

1. Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)

2. Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente

3. Eu

4. Se você engravidasse, de forma não planejada, quem decidiria o que fazer - seja criar a criança, seja procurar por pais adotivos, seja fazer um aborto?

1. Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)

2. Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente

3. Eu

As próximas questões são sobre você e seu principal ou mais recente parceiro sexual. Para estas questões, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas: o

Eu discordo muito

Eu discordo

Eu concordo

Eu concordo muito

Ausência de coerção

5. Seu parceiro te impediu de usar um método para evitar a gravidez quando você queria usar um.

1. Eu discordo muito

2. Eu discordo

3. Eu concordo

4. Eu concordo muito

6. Seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de um método para evitar a gravidez quando você queria usar um.

1. Eu discordo muito

- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

7. Seu parceiro te fez usar algum método para evitar a gravidez quando você não queria utilizar um.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

8. Seu parceiro te impediria de usar um método para evitar a gravidez se você quisesse usar um.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

9. Seu parceiro te pressionou para engravidar.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

Comunicação

10. Seu parceiro te apoiaria se você quisesse usar um método para evitar a gravidez.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

11. É fácil falar sobre sexo com seu parceiro.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

12. Se você não quisesse ter relação sexual você poderia dizer para seu parceiro.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

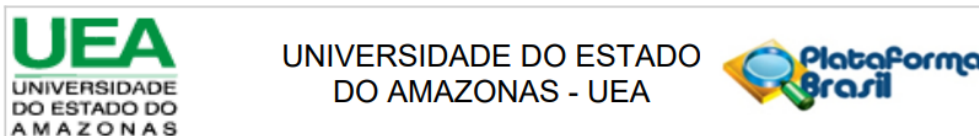
13. Se você estivesse na dúvida em estar grávida ou não estar grávida, você poderia conversar com seu parceiro sobre isso.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

14. Se você realmente não quisesse ficar grávida você poderia convencer seu parceiro a não ter filho.

- 1.Eu discordo muito
- 2.Eu discordo
- 3.Eu concordo
- 4.Eu concordo muito

11. ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas



Continuação do Parecer: 6.774.870

Orçamento	orcamento_do_projeto.pdf	07/03/2024 09:31:59	Antonia Mirely Inocencio da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_plataforma_brasil.pdf	07/03/2024 09:31:00	Antonia Mirely Inocencio da Silva	Aceito
Cronograma	cronograma_oficial.pdf	06/03/2024 18:35:00	Antonia Mirely Inocencio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.pdf	06/03/2024 18:32:58	Antonia Mirely Inocencio da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/03/2024 18:31:50	Antonia Mirely Inocencio da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 19 de Abril de 2024

Assinado por:
ELIELZA GUERREIRO MENEZES
(Coordenador(a))

12. APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 1**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1**

Identificação: _____

Data: ___/___/___

A. Variáveis sociodemográficas

1. Idade: ____

2. Escolaridade:

- 1.() Sem Instrução; 2.() EF Incompleto; 3.() EF Completo; 4.() EM Incompleto;
5.() EM Completo 6.() ES Incompleto; 7.() ES Completo

3. Renda: ____

4. Estado Civil:

- 1.() Solteira; 2.() Casada; 3.() União Estável; 4.() Divorciada; 5.() Viúva.

5. Condição de atividade da participante:

- 1.() Trabalhando; 2.() Do Lar; 3.() Desempregada

6. Raça/cor:

- 1.() Amarela; 2.() Branca; 3.() Indígena; 4.() Parda; 5.() Preta.

7. Idade do parceiro: ____

8. Escolaridade do Parceiro:

- 1.() Sem Instrução; 2.() EF Incompleto; 3.() EF Completo; 4.() EM
Incompleto; 5.() EM Completo 6.() ES Incompleto; 7.() ES Completo

B. Histórico Progresso Atual

1. Frequência Bebida Alcólica

- 1.() Nunca; 2.() Mensalmente ou menos; 3.() De 2 ou 4x ao mês; 4.() De 2
ou 3x por semana; 5.() 4 ou mais x por semana.

2. Quantidade de doses de bebida ingerida a cada ocasião:

- 1.() 1 ou 2 doses; 2.() 3 ou 4 doses; 3.() 5 ou 6 doses; 4.() 7, 8 ou 9 doses;
5.() 10 ou mais*.

3. Uso de drogas ilícitas:

- 0.() Não; 1.() Sim

4. Uso de drogas ilícitas (parceiro):

- 0.() Não; 1.() Sim

5. Tempo de relacionamento: ____

6.Coitarca: _____

7.Número de Filhos: _____

*1 dose = 1 lata de cerveja, 1/2 garrafa de cerveja (600mL, 1 dose de destilado, 1 taça de vinho) (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

13. APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada,

A Sra está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: “ **Incidência de coerção sexual e reprodutiva cometida por parceiro íntimo e suas implicações na saúde sexual e reprodutivas em mulheres usuárias da atenção básica em Manaus/AM**”, cujo responsável é a pesquisadora Antônia Mirely Inocência da Silva, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas, orientada pelo Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis. Esta pesquisa tem como objetivo geral, “avaliar entre usuárias de Unidades de Saúde da Família (USF) de Manaus/AM que possuem parceiro íntimo, o nível de autonomia reprodutiva, bem como a associação deste com os diferentes tipos de violência por parceiro íntimo”, e será desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Caso aceite participar da pesquisa, a sua participação nesta pesquisa consistirá em responder três instrumentos, o primeiro será um questionário socioeconômico, no qual trata de informações acerca do perfil socioeconômico e também do histórico pregresso atual da participante, o segundo será uma escala de identificação de violência entre casais (CTS2), e o terceiro será uma escala de identificação do nível de autonomia reprodutiva. Para a aplicação destes instrumentos, será escolhido um ambiente privado para melhor conforto da sua participação. Sua participação não é obrigatória, a sra. tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

RISCOS as participantes, neste estudo, devido ao instrumento de coleta de dados possuir perguntas que irão lembrar de situações sensíveis e desagradáveis e, em alguns casos, de violência sofrida, poderão sentir-se constrangidas, desconfortáveis, envergonhadas ou emocionadas durante a entrevista. Contudo, para minimizar esses riscos, a aplicação dos instrumentos será realizada em um ambiente tranquilo e privado, previamente pactuado com o gestor da unidade de saúde. Além disso, as convidadas a participar terão todo suporte antes, durante e após a entrevista e, caso haja necessidade, será ofertado apoio psicológico especializado com uma psicóloga voluntária do estudo. Também serão

disponibilizados folhetos informativos dos locais intersetoriais de apoio à saúde, assistência jurídica, policial e psicossocial destinados ao combate à VPI localizados no município de Manaus. Para manutenção do sigilo, todas as informações obtidas serão codificadas para manter o anonimato da participante, não sendo computados dados cadastrais como nome e endereço. **BENEFÍCIOS:** Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão para toda a sociedade, contribuindo para o reconhecimento da autonomia sexual e reprodutiva de mulheres usuárias da atenção básica, bem como a relação desta com a violência por parceiro íntimo, na construção de novas políticas, programas e protocolos para a promoção da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres e o combate à violência por parceiro íntimo e seus agravos. **ESCLARECIMENTOS ANTES E DURANTE A PESQUISA:** Todas as participantes envolvidas na pesquisa terão acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Quaisquer perguntas sobre a metodologia utilizada no projeto ou informações adicionais que se fizerem necessárias serão encorajadas.

LIBERDADE DE RECUSAR OU RETIRAR O CONSENTIMENTO: A

permissão para participar do projeto é voluntária, portanto, estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização. **DESPESAS DECORRENTES DA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE PESQUISA:** Também estão assegurados o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS E PRESERVAÇÃO DA PRIVACIDADE:

Garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados encontrados; contudo, sem que haja identificação dos indivíduos que prestaram sua contribuição como participantes, respeitando, assim, a privacidade dos mesmos conforme rege as normas éticas.

**ENDEREÇO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS PELO PROJETO:
PPGSC**

– UEA, Avenida Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha, Manaus/AM. Antônia Mirely Inocêncio da Silva, telefone (92)98807-9098, email: amids.msc23@uea.edu.br. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, localizada no endereço: Av. Carvalho Leal, 1777, bairro cachoeirinha, CEP: 69065-

130, telefone 3878-43-68, ou pelo e-mail: cep.uea@gmail.com.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Sr(a) e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da Pesquisa
Manaus, _____ de _____ de 2024

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

14. APÊNDICE C – Folheto Informativo Rede Intersetorial de Atendimento

Delegacias Especializadas a Crimes Contra Mulher - DECCM:

- DECCM da avenida Mário Ypiranga Monteiro, bairro Parque Dez de Novembro funciona 24h por dia;
- DECCM da rua Desembargador Felismino Soares, 155, bairro Colônia Oliveira Machado - funciona das 8h às 17, de segunda a sexta;
- DECCM da avenida Nossa Senhora da Conceição, bairro Cidade de Deus - funciona das 8h às 17, de segunda a sexta.

Distrito Integrado de Polícia – DIP

- Manaus possui 30 DIPs localizados no município de Manaus, procure o mais próximo ao seu bairro.

Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher – CREAM (atendimento e acolhimento):

- Avenida Presidente Kennedy, 399, Educandos (ao lado da Escola Estadual Diane Pinheiro). Telefones: (92) 98483-6488/ 99319-2715/ 98460-6899/ 98436-4761/ 98469-9366/ 98449-4422;

Apoio Jurídico – Defensoria Pública:

- Rua Valério Botelho de Andrade 540, Manaus, AM, 69079-260. (92) 3611-3904;
 - Rua Vinte e Quatro de Maio 321 (Centro), Manaus, AM, 69010-080. (92) 3633-2955;
 - Av. André Araújo 679 (Aleixo), Manaus, AM, 69060-000. (92) 3633-2670
- Quatorze (Rua Praga), Planalto, AM, 69045. (92) 3631-0287.

Serviços de Saúde (localizados próximo ao seu bairro)

- Unidade Básica de Saúde; - Pronto Socorro.

Varas Especializadas (Localizadas no Fórum Henech Reis):

- 1º Juizado Especializado no Combate a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher (Balcão Virtual). WhatsApp Business (Secretaria): (92) 3303-5019. Serviço Social: (92) 3303-5017. WhatsApp Vara: 98288-5444;
- 2º Juizado Especializado no Combate a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher (Balcão Virtual). Telefone: (92) 3303-5004;
- 3º Juizado Especializado no Combate a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher Balcão Virtual. Telefone: (92) 3303-5009. Whatsapp: (92) 3303-5012;
- 4º Juizado Especializado no Combate a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher Balcão Virtual. Secretaria: (92) 3303-5019. Serviço Social: (92) 3303-5017;
- 5º Juizado Especializado no Combate a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher Balcão Virtual. Telefone: (92) 98590-5383;
- 6º Juizado Especializado no Combate a Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher Recepção e Secretaria: 3303-5012 (WhatsApp).

Serviço de Apoio Emergencial à Mulher (SAPEM)

- Av. Mario Ypiranga (Antiga Recife), Cj. Eldorado, nº 3.395. Tel. (92) 98483-5974/ 98402-8631
- Rua Santa Ana, s/n, bairro Cidade de Deus (Anexa ao 13º DIP). Tel. (92) 98483-5052.
- Rua Desembargador Filismino Soares, 155, Colonia Oliveira Machado. Tel. (92) 98484-1012
- Rua Miguel Faraday, 210, bairro São José Operário. Tel: (92) 98500-6400