

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal

Sexual and reproductive health of women affected by conjugal violence

Geovanna Carvalho Cardoso Lima¹, Lilian Conceição Guimarães de Almeida¹, Telmara Menezes Couto¹, Luana Moura Campos², Auricélia da Rocha Nunes¹, Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514710265P

RESUMO A violência cometida pelo cônjuge ou parceiro se apresenta como problema de saúde pública e grave violação de direitos humanos, limitando a liberdade decisória das mulheres, a vivência saudável da sexualidade e da reprodução. Nesse sentido, esta pesquisa objetivou compreender a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Especial Ronda Maria da Penha, no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia, Brasil. Para tanto, desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 participantes, entre dezembro de 2020 e julho de 2021. Do processo analítico, resultaram as seguintes categorias: Contracepção no centro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva; Limitação do acesso aos serviços de saúde pelo cônjuge; Exposição à gestação indesejada e ao sexo inseguro; e Interrupção da gestação em situações de violência conjugal. Os resultados indicam que as mulheres vivenciaram graves violações aos seus direitos sexuais e reprodutivos, com limitação da autonomia. Observaram-se impactos negativos para a saúde em suas múltiplas dimensões. Levando em consideração os efeitos da violência conjugal, estratégias intersetoriais de enfrentamento e o cuidado integral em saúde são fundamentais no manejo das repercussões para a vida das mulheres e suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE Direitos sexuais e reprodutivos. Violência doméstica. Violência contra a mulher. Violação de direitos humanos.

ABSTRACT *Spouse-related violence is a public health issue and a serious violation of human rights, restricting women's freedom of decision-making, their ability to experience sexuality in a healthy way and reproduction. In this sense, this study aimed to explore the sexual and reproductive health of women experiencing domestic violence assisted by the Special Operation Maria da Penha Patrol, in the Subúrbio Ferroviário Health District of Salvador, Bahia, Brazil. To this end, an exploratory study with a qualitative approach was conducted. Semi-structured interviews were carried out with 17 participants, between December 2020 and July 2021. The analytical process resulted in the following categories: Contraception at the center of sexual and reproductive health care; Limited access to health services due to the spouse; Exposure to unwanted pregnancy and unsafe sex; Termination of pregnancy in situations of domestic violence. The findings indicate that the women experienced severe violations of their sexual and reproductive rights, with significantly limited autonomy. Negative health impacts were observed across multiple dimensions. In light of the effects of domestic violence, intersectoral strategies and comprehensive health care are essential to address the repercussions on the lives of these women and their families.*

KEYWORDS *Reproductive rights. Domestic violence. Violence against women. Human rights abuses.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
geovanna_carvalho11@hotmail.com

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié (BA), Brasil.



Introdução

Resultante da desigualdade de gênero, a violência conjugal ainda se apresenta como um problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista a sua alta incidência e as consequências para a saúde das mulheres que a vivenciam em seus relacionamentos.

Estudo realizado com mulheres brasileiras, maiores de 16 anos, evidenciou que, ao longo da vida, 33,4% delas foram vítimas de violência praticada pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo. Além disso, indicou também a vivência de violência física para 24,5% delas, e 21,1% referiram, ainda, a prática de sexo forçado. Cerca de 43% das mulheres experienciaram alguma forma de violência psicológica oriunda do parceiro, como desacatos, xingamentos, humilhações, e 9,8% relataram terem sido impedidas pelo parceiro de ter acesso a serviços de saúde, dinheiro ou comida¹. Nesse sentido, a violência conjugal se refere a um conjunto de atitudes agressivas que causam danos físicos, psicológicos, patrimoniais e morais a quem ela se dirige, sendo marcada pela existência de um elo entre o autor da agressão e a vítima².

A violência contra a mulher foi, por muito tempo, compreendida como um problema de foro íntimo e da esfera privada do casal, em que as pessoas externas não deveriam interferir³, crença perfeitamente observada no dito popular que diz que ‘em briga de marido e mulher, não se mete a colher’. Contudo, há, atualmente, um número crescente de políticas de enfrentamento à violência doméstica e familiar no Brasil. Desde 2006, o arcabouço jurídico-político conta com a Lei nº 11.340² (Lei Maria da Penha), que cria mecanismos mais rígidos de combate e prevenção à violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente de etnia, raça, classe, renda, religião, orientação sexual, cultura, idade, nível de escolaridade, e tipificando a violência contra a mulher em todas as suas formas.

Quando acontecem rotineiramente, as situações de violência conjugal acabam sendo naturalizadas, alimentando a ideia de que fazem

parte da dinâmica própria das relações afetivas entre homens e mulheres³. Tais situações, no entanto, são favorecidas por relações de gênero fundamentadas no princípio da superioridade masculina e em estereótipos socialmente construídos que posicionam o homem como a parte forte e dominadora da relação, enquanto às mulheres se impõe um lugar de sujeição à vontade de seu companheiro/marido. Além disso, contribui a crença de que a mulher deve sempre satisfazer os desejos do homem em um relacionamento amoroso, acarretando a naturalização do uso da força e do constrangimento, com o objetivo de saciar a todo custo as vontades do parceiro. Remetendo ao sexismo hostil e benevolente, ao homem reserva-se a prerrogativa da hostilidade e do domínio, enquanto à mulher caberia benevolência, concessão e servidão⁴.

Há evidências contundentes acerca dos efeitos da violência conjugal. Para as mulheres, as repercussões variam conforme a natureza da violência perpetrada. Em casos de violência física, podem ocorrer lacerações, fraturas, traumas cranianos, cefaleia, transtornos gastrointestinais^{5,6}. Os danos na saúde mental incluem maior propensão ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, dificuldade de concentração, de dormir e tomar decisões, baixa autoestima, imoderação no uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, transtorno do estresse pós-traumático e ideação suicida^{6,7}.

Além das repercussões mais imediatas à saúde das mulheres, crianças e jovens que presenciam a violência conjugal em seus domicílios sofrem diretamente os impactos em sua saúde física e emocional, podendo manifestar comportamentos agressivos, propensão ao isolamento, depressão, problemas de aprendizagem, limitações cognitivas e transtornos mentais em geral⁷.

As agressões conjugais acontecem em um ciclo marcado pela repetição sucessiva ao longo do tempo, chamado de Ciclo da Violência, Ciclo da Agressão ou Ciclo da Violência Doméstica. Três momentos o constituem: fase de tensão,

fase da explosão e fase da lua de mel. A fase de tensão é caracterizada pelo início dos desaccatos, momentos de ira, de raiva, intimidações. Na fase da explosão, ocorre a violência propriamente dita, manifestando-se em todas as suas formas. Por fim, vem a fase da lua de mel, em que o agressor se manifesta arrependido, pede perdão, promete mudança e apresenta comportamento carinhoso. O ciclo composto pelas três fases se repete constantemente, ficando a fase de lua de mel cada vez mais curta, e as fases de tensão e explosão mais longas e violentas, podendo trazer consequências graves para a vida da mulher, até a morte^{7,8}.

Nesse sentido, as estratégias intersetoriais de enfrentamento e o cuidado integral em saúde são fundamentais para prevenir e manejar as repercussões da violência conjugal para as mulheres e suas famílias. Para dar conta de um problema tão complexo, os profissionais de saúde precisam conhecer a rede de assistência dos seus municípios, as especificidades dos atendimentos e a função dos equipamentos públicos disponíveis para o cuidado⁹.

Cabe ressaltar que as denúncias podem contribuir para evitar desfechos trágicos, uma vez que a violência conjugal se inicia com agressões mais 'leves', como xingamentos e manipulações psicológicas, e pode chegar a ataques físicos e, em última instância, ao feminicídio. O registro da violência é um grande desafio para muitas mulheres. Sentimentos como medo, vergonha e culpa podem impedi-las de ir até uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam). Mas a denúncia gera expectativa de que o problema seja resolvido, e o agressor seja punido¹⁰.

Mesmo que a questão da violência não seja um problema específico e exclusivo da saúde, profissionais dessa área acabam ocupando lugar privilegiado para a detecção de casos de violência por parceiro íntimo. Isso porque as mulheres comparecem à unidade de saúde em busca de atendimento, cuidado e orientação por conta de lesões físicas ou psicológicas no decorrer do atendimento⁵.

Contudo, a prevalência elevada do problema indica lacunas na oferta de um cuidado integral e efetivo às mulheres em situação de violência. A principal dificuldade sinalizada pelos profissionais de saúde é reconhecer situações de violência, visto que, em muitos casos, elas se apresentam de maneira velada, sem marcas físicas visíveis. Além disso, tem-se, ainda, o receio do profissional de sofrer retaliação por parte do agressor, contribuindo, assim, para o aumento da subnotificação da violência doméstica e conjugal¹¹. Por esse motivo, faz-se necessário que os serviços de saúde, inclusive aqueles que prestam atenção à saúde sexual e reprodutiva, estejam sensíveis à identificação e ao manejo de situações de violência, formando uma rede coesa e efetiva na garantia da linha de cuidado.

Além de marcas visíveis e na saúde mental, a violência conjugal se encontra frequentemente associada ao aborto provocado¹². Contudo, aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva atrelados à violência conjugal ainda enfrentam barreiras de invisibilidade. Isso pode estar associado à redução da violência sexual a atos sexuais não consensuais. No entanto, quando mulheres são forçadas a manter relações com seus parceiros, pode-se iniciar uma cadeia causal de outras violências.

Em suma, o contexto de violência afeta diretamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, uma vez que estas, muitas vezes, têm sua liberdade decisória reprimida¹³. Nesse sentido, além de ser um problema de saúde pública, a violência conjugal se configura como uma violação de direitos humanos estabelecidos em tratados internacionais que reverberam no arcabouço jurídico nacional, entre os quais se encontram os direitos sexuais e reprodutivos. Esses direitos, geralmente, aparecem juntos, mas são diversos, ainda que por vezes apresentem interseções. O direito sexual trata da ordem da vivência legítima da sexualidade, da identidade de gênero, podendo ou não incluir a reprodução, o exercício livre de coerção. E o direito reprodutivo fala da reprodução com ou sem a sexualidade^{14,15}.

Para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam usufruídos em sua totalidade, é imprescindível que haja acesso à informação, a métodos de contracepção, prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e promoção de autonomia decisória, elementos que só podem ser garantidos com uma linha de cuidado ininterrupta¹⁶. Por esse motivo, partindo da questão de ‘Como se dá a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência conjugal acompanhadas pela Operação Especial Ronda Maria da Penha, Salvador, Bahia, Brasil?’, este estudo objetivou compreender a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência conjugal acompanhadas pela Operação Especial Ronda Maria da Penha, Salvador, Bahia, Brasil.

Com isso, espera-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, com o intuito de fortalecer o processo de trabalho de profissionais de saúde que venham a atender às demandas de violência conjugal em seu cotidiano. Nesse contexto, objetiva permitir a efetiva identificação de vítimas, a realização de encaminhamentos oportunos para serviços especializados, para que, em seguida, as mulheres possam ser instruídas e assistidas no processo de ruptura do ciclo de violência.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa, que utilizou banco de dados da tese intitulada ‘Sexualidade de mulheres com história de violência conjugal: compreendendo o fenômeno a partir de uma teoria fundamentada nos dados’, a qual foi financiada pelo projeto matriz intitulado ‘Enfrentamento da violência conjugal no âmbito do Sistema Único de Saúde: tecnologia social envolvendo mulheres, homens e profissionais da Atenção Básica’. Este projeto recebeu subsídios do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), conforme aprovação do Edital nº 003/2017, no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS/BA, o qual este estudo integra.

A pesquisa foi realizada no cenário da Operação Especial Ronda Maria da Penha (OERMP), situada na área do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia, Brasil. Tal serviço faz parte da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que tem o propósito de assistir mulheres em situação de violência doméstica e familiar que possuem Medida Protetiva de Urgência¹⁷.

O grupo de participantes foi composto por 17 mulheres assistidas pela OERMP, definido intencionalmente pelas pesquisadoras de acordo com o objeto do estudo. Como critérios de inclusão, foram adotados: idade maior que 18 anos; e assistidas pela OERMP devido a situação de violência conjugal. As mulheres que apresentaram instabilidade emocional no decorrer da coleta de dados e as que não se fizeram presentes na entrevista sem aviso prévio por duas vezes seguidas foram excluídas da pesquisa.

A coleta dos dados se deu de maneira virtual através do Google Meet, entre dezembro de 2020 e julho de 2021, conduzida por doutorandas e discentes integrantes do grupo de pesquisa com experiência no desenvolvimento de pesquisas qualitativas, sendo a duração média do encontro de 1h30min. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade das mulheres, as quais foram orientadas a escolher um local mais reservado e livre de interrupções, a fim de garantir o sigilo das informações coletadas.

Para direcionar o momento, utilizou-se enquanto instrumento de coleta de dados um formulário semiestruturado elaborado para captar o perfil das participantes e o objeto estudado, contendo duas seções: a primeira possuía questões referentes aos dados sociodemográficos e da situação conjugal (idade, raça/cor, religião, escolaridade, renda, número de filhos e tempo de relacionamento), e a segunda

contava com a seguinte pergunta norteadora: 'Como se dá a sua saúde sexual e reprodutiva?'. As entrevistas foram finalizadas a partir da saturação dos dados coletados.

Ressalta-se que o banco de dados se encontra sob posse do 'Laboratório de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida' (LabVid@), devidamente cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, e será mantido em arquivos virtuais por até cinco anos, sendo, após isso, eliminado.

Uma vez realizadas as entrevistas, as gravações dos encontros foram transcritas na íntegra e categorizadas com o auxílio do *software* NVIVO 10¹⁸. O processo de codificação dos dados se deu por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁹, mais especificamente, a Análise Temática. Nela, a categorização é constituída de duas etapas: o inventário (em que se segregam os elementos) e a classificação (divisão dos elementos e busca ou instrução de um certo ordenamento às falas). Atendendo-se ao critério semântico¹⁹, as falas das participantes foram isoladas e organizadas em categorias. Os dados foram analisados a partir da literatura científica atualizada sobre o tema de investigação.

Salienta-se que essa pesquisa respeitou os princípios bioéticos, uma vez que se ancora na Resolução nº 466/2012²⁰ do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (parecer nº 2.639.224/2018 e CAAE: 88960217.6.0000.5531). Com vistas a respeitar o anonimato, conforme preconiza as Resoluções nº 466/2012²⁰ e nº 510/2016²¹ do CNS, os nomes das mulheres foram substituídos pela letra maiúscula 'M', seguida do numeral arábico que corresponde à ordenação das entrevistas, como segue: M1, M2.

Resultados e discussão

A partir dos resultados da pesquisa, foi possível construir o perfil sociodemográfico das

mulheres e sistematizar os discursos das entrevistadas em quatro categorias, a saber: (a) Contracepção no centro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva; (b) Limitação do acesso aos serviços de saúde pelo cônjuge; (c) Exposição ao sexo inseguro em contextos de violência conjugal; (d) Interrupção da gestação em situações de violência conjugal.

Perfil sociodemográfico das mulheres

A contextualização do perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência conjugal é de suma importância para a compreensão do cenário em que se inserem e para a identificação de elementos de vulnerabilidade ao agravo. Nesse sentido, as entrevistadas tinham entre 29 e 61 anos. No que tange a raça/cor autorreferida, 16 participantes se identificam como negras, sendo dez pardas e seis pretas, e apenas uma se autodeclarou branca. A maioria (n=9) possuía religião evangélica, seguida de católica (n=4), espírita (n=5) e de religião de matriz africana (n=1), sendo que uma delas informou não ter religião.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres concluiu o ensino médio (n=10), e uma não o finalizou. Duas delas possuíam o ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, e três com graduação completa. A respeito da renda, 16 trabalhavam de forma remunerada, sendo que nove revelaram renda de até um salário-mínimo e sete de dois salários-mínimos. Uma das participantes encontrava-se desempregada no momento da entrevista.

Com relação a prole, 12 participantes possuíam menos de dois filhos, duas mulheres tinham três filhos e as três restantes afirmaram ter entre seis e dez filhos. O tempo de relacionamento com o cônjuge variou entre as mulheres do estudo, sendo que oito delas tiveram relações violentas duradouras, entre 16 e 30 anos; cinco mulheres permaneceram na relação entre 11 e 15 anos de convívio e quatro entre 5 e 10 anos.

O perfil socioeconômico das entrevistadas evidencia algumas características comuns às

mulheres em situação de violência conjugal, a exemplo da cor preta/parda, da religiosidade e do grau de escolaridade, filhos e tempo de relação. Estudo prévio evidenciou que tais aspectos podem estar relacionados à permanência em relacionamentos violentos, principalmente aqueles relacionados ao desejo de manutenção do vínculo familiar, à dependência emocional e à doutrina religiosa, que contribui para a esperança de que o parceiro ou cônjuge modifique seus atos em algum momento⁵. Nesse sentido, mesmo encontrando-se em relacionamentos violentos, as mulheres hesitam em romper o vínculo, na esperança de serem capazes de controlar a situação e garantir a manutenção da família e/ou o casamento²².

Contraceção no centro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva é, também, uma dimensão importante do sujeito que precisa estar em equilíbrio para alcançar o bem-estar. Para a harmonia da saúde física, mental e social, outras áreas, como a sexualidade, sexo e o planejamento reprodutivo precisam estar em equilíbrio. Na concepção social, ainda se observa que o ônus da contraceção recai quase que exclusivamente sobre a mulher. Informações sobre a fecundidade de homens ainda são incipientes, de modo que eles precisam ser inseridos no contexto da reprodução²³. Apesar de se configurar como campo autônomo de intervenção, a saúde reprodutiva estabelece uma relação de interdependência com a saúde sexual, ou seja, com a vivência autônoma e saudável da sexualidade no âmbito de suas relações interpessoais, sem exposição a coerções, violências e IST²⁴.

Os serviços de saúde figuram como responsáveis para manutenção das condições de saúde. Considerando a autonomia dos sujeitos, as unidades de cuidado devem ter estrutura para ofertar serviços de qualidade, o que inclui gerenciar os processos, seguir os princípios do SUS, a presença de profissionais capacitados, insumos para ações de prevenção e tratamento

disponíveis, além de equipamentos. Todo esse arsenal pode favorecer melhores condições de saúde, saúde sexual e reprodutiva²⁵.

Considerada parte integrante da saúde humana, a saúde sexual e reprodutiva é a base do desenvolvimento humano saudável, o que justifica considerá-la como uma preocupação global. Documentos históricos e atemporais apontam para a preocupação de organismos internacionais em reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e salvaguardá-los¹⁶, entre eles, a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), realizada em 1994 no Cairo; a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995; o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pelo Brasil em 1992²⁶.

Além disso, as Nações Unidas têm atuado de maneira sistemática e organizada para garantir o direito de mulheres, homens e todas as pessoas a terem filhos se desejarem, quando desejarem e com saúde. Com ênfase no recorte populacional de mulheres e jovens, mais vulneráveis a lacunas de planejamento reprodutivo, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) visa a acelerar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, ao planejamento familiar voluntário e à maternidade segura. Além disso, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 propõem como meta educação e informação em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), a disponibilidade de métodos modernos e eficazes de planejamento familiar e o direito de acesso aos serviços de saúde^{27,28}.

As políticas de atenção à saúde das mulheres se apresentam como instrumentos de garantia e efetivação de direitos das mulheres, inclusive os sexuais e reprodutivos. Encontram-se nesse escopo ações realizadas pelo Estado para atender às necessidades das mulheres, incluindo estratégias de prevenção de doenças, promoção da saúde, integralidade do cuidado, ampliação do acesso, entre outras. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) amplia as discussões sobre

a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e inclui na pauta temas até então pouco falados, como violência contra a mulher, aborto inseguro e outras questões que dizem respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres²⁸.

O acesso à saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido na Constituição Federal de 1988, propicia a redução do risco de agravos e doenças, assegurando que homens e mulheres tenham direito à liberdade e à autonomia sobre sua vida reprodutiva. Tais direitos podem ser usufruídos em serviços de atenção primária à saúde, como, por exemplo, as ações voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva²⁹, contudo, o cuidado integral só pode ser oferecido em rede com inserção intersetorial. No Brasil, o acesso das mulheres à SSR acaba sendo prejudicado por relações desiguais de gênero, por barreiras na democratização de métodos contraceptivos contínuos e efetivos, falta de informações corretas a respeito da prevenção de IST e restrição ao acesso ao aborto legal. Esse contexto contribui para o risco de ocorrência de gravidez não planejada, de aumento da incidência de IST, de sofrer violência por parceiro íntimo e outras complicações³⁰.

Entre as entrevistadas, é possível perceber que houve, de alguma forma, um cuidado em saúde sexual e reprodutiva, na medida em que expressam a liberdade de procurar serviços de saúde:

Quando iniciei a minha vida sexual ativamente, resolvi procurar um posto de saúde para poder me consultar, e ele me passou um anticoncepcional para não engravidar. (M13).

Geralmente, eu vou à ginecologista para me prevenir da gravidez. Depois da gravidez não planejada, o médico recomendou o uso do DIU. Também ia quando notava algum problema na vagina. Já aconteceu de eu ir por estar sentindo uma inflamação. (M8).

Eu utilizei tabelinha por muito tempo e usei anti-concepcional. Fui orientada durante as consultas

no posto de saúde. Por isso não tive nenhuma indesejada, foram todas planejadas. (M15).

Mesmo entre as mulheres que possuem relativa autonomia com relação ao acesso a serviços de saúde, a busca do cuidado parece estar condicionada à atividade sexual com o parceiro e à anticoncepção. Nesse sentido, apesar de terem acompanhamento ginecológico ao longo da vida sexual, a prevenção da gestação indesejada está no centro daquilo que entendem por cuidado e da assistência que recebem. O uso de métodos contraceptivos proporciona autonomia no controle da própria reprodução, contudo, aspectos importantes da saúde sexual e reprodutiva podem acabar ofuscados por essa preocupação central.

A assistência à saúde da mulher deve estar centrada nas necessidades de saúde das usuárias e atravessada pelo princípio da integralidade. No entanto, dificuldades têm sido identificadas no campo para que essa dimensão seja alcançada. Nesse sentido, destaca-se a ausência de relatos sobre a participação em atividades educativas ou acompanhamento por parte de outros profissionais. Tal situação nos conduz a questionar a integralidade do cuidado oferecido nos serviços de saúde, especialmente na área de saúde sexual e reprodutiva. O que se observa são ações de saúde com enfoque biológico, curativista, marcadas por relações hierárquicas e desrespeitosas entre profissionais e mulheres, como foi evidenciado em estudo realizado em Salvador, Bahia, Brasil³¹.

Além disso, reflete-se, também, a respeito da capacidade dos equipamentos de saúde acessados para lidarem de maneira adequada com as situações de violências. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante função na prevenção, no diagnóstico e tratamento dos agravos oriundos da violência contra a mulher. As mulheres transitam por esse espaço, assim, ainda que não revelem a agressão, podem ser assistidas e cuidadas diante de suas necessidades. Acolher, escutar sem julgar, avaliar risco, assistir e encaminhar são práticas de cuidado

às mulheres em situação de violência que devem ser implementadas nesse contexto³².

Limitação do acesso aos serviços de saúde pelo cônjuge

A literatura atual indica que a redução da autonomia reprodutiva é uma das muitas facetas da violência conjugal contra as mulheres. Essa autonomia se refere ao direito de escolher engravidar, quando engravidar, a quantidade da prole, de decidir sobre o método contraceptivo que deseja usar, sobre o espaçamento entre gestações e outros aspectos relevantes de sua vida reprodutiva³³. O cerceamento dessa liberdade pode incluir desde situações em que o parceiro exerça um poder de veto e interdição dos métodos contraceptivos, como percebemos em uma das falas trazidas, até a limitação do acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva:

Ele não queria que eu sáísse achando que eu iria para outro lugar. Para evitar confusão, eu não ia à consulta, e a mãe dele me dava injeção. (M4).

Nunca fui ao posto de saúde me consultar para usar anticoncepcional. Passei a usar apenas depois que tive um aborto, ainda na adolescência. Cheguei na farmácia e comprei o mesmo que minha irmã usava e até hoje uso ele. (M11).

Ele não me deixava ir ao posto de saúde pegar anticoncepcional. Era muito ciumento e usava de ameaças para me impedir. Eu sequer conseguia fazer um exame preventivo. (M7).

Qualquer tipo de controle da vida reprodutiva da mulher por parte do parceiro configura coerção reprodutiva. Nesse sentido, deve ser compreendida como coercitiva toda e qualquer conduta que tenha como objetivo reprimir a liberdade e a capacidade de decisão da mulher sobre questões de cunho sexual e reprodutivo, podendo causar efeitos negativos à saúde reprodutiva e à sua saúde mental²⁴.

Nas falas supracitadas, percebe-se que a coerção reprodutiva não é episódio isolado, apresentando-se como prática coexistente com outras formas de violência, o que indica vínculo prejudicial e tóxico, permeado por ameaças psicológicas³⁴. As interdições por parte do parceiro são, por definição, violações de direitos humanos, uma vez que incorrem na restrição da liberdade e no acometimento da dignidade das mulheres que as vivenciam. Contudo, esse tipo de violência conjugal também viola direitos na medida em que compromete a autonomia decisória das mulheres acerca da própria reprodução. Isso porque tal autonomia é condição *sine qua non* para a garantia de direitos reprodutivos, reconhecidos há décadas como direitos humanos e cuja relação de interdependência com a garantia de outros direitos tem sido crescentemente apontada²².

Apesar desse reconhecimento, o discurso das mulheres entrevistadas nos fornece o retrato de uma realidade em que tais direitos não são universalmente efetivados. O cenário retratado se relaciona com as falhas nos serviços, do cuidado e a cultura, profundamente marcada pela desigualdade de gênero e que acaba sendo acentuada de maneira significativa por questões raciais e socioeconômicas. Nesse sentido, muitas mulheres continuam a ter sua liberdade reprodutiva completamente cerceada, sendo impedidas de acessar serviços de saúde, seja por meio de coerção física ou ameaças motivadas por ciúmes, mesmo com os esforços para a promoção de uma cultura de direitos humanos e igualdade de gênero.

Evidentemente, a limitação por parte do cônjuge ou parceiro priva as mulheres da possibilidade de realizar exames preventivos ou obter métodos contraceptivos, deixando-as sem orientação e levando-as a recorrer a contraceptivos indicados por familiares ou amigas³⁵. Contudo, vale ressaltar que os impactos desse tipo de violência não se limitam ao âmbito da saúde reprodutiva, prejudicando, em última instância, a ruptura do ciclo de violência.

Exposição à gestação indesejada e ao sexo inseguro

Outra prática abusiva recorrente nos relatos das mulheres entrevistadas foi a restrição ao uso de métodos contraceptivos e do preservativo. Mesmo que os cônjuges ou parceiros não cheguem ao ponto de proibir que frequentemente os serviços de saúde, nota-se que podem fazer uso de outras estratégias para reduzir a autonomia reprodutiva de suas esposas ou companheiras.

Nesse sentido, percebe-se que parte das entrevistadas acabou exposta ao sexo inseguro e à gestação indesejada, seja porque seus parceiros não permitem o uso de preservativo ou porque acabam retirando-o no decorrer do ato sexual, alegando ‘não gostar’ de usar método de barreira:

Ele odiava camisinha! Eu pedia tanto para usarmos, mas ele insistia em dizer que não gosta. Mesmo exigindo, ele não usava [...] como ele também não me deixava usar anticoncepcional, eu amamentava exclusivamente meus filhos até os dois anos para evitar a gravidez, mas acabava que eu engravidava outra vez quando chegava a essa idade. (M7).

Geralmente, quando começávamos a usar a camisinha, ele retirava no meio da relação. (M4).

No entanto, não é apenas o preservativo que se encontra entre as interdições dos cônjuges ou companheiros. Nesse contexto, as entrevistadas revelam a necessidade de fazer uso de contracepção oral ou injetável às escondidas, tendo em vista interdição ou descarte de comprimidos pelo cônjuge ou parceiro:

Depois que comecei a me relacionar sexualmente com ele, fui ao ginecologista, pois minha mãe achava importante. Desde então, fiz uso por anos de anticoncepcional injetável. A opção foi esta, pois ele não queria que usasse comprimido. (M12).

Eu costumava usar injeção porque eu esquecia os comprimidos ou ele jogava fora. Ele dizia para mim

que mulher não foi feita para tomar esses remédios que evita gravidez. (M12).

Ele não permitia que eu tomasse anticoncepcional. Eu comprava escondido e tomava no trabalho para evitar que ele trocasse a pílula ou jogasse fora. (M5).

Esse tipo de coerção é uma das facetas da violência conjugal pouco reconhecidas, já que a violência sexual tende a ser reduzida ao estupro e a atos libidinosos não consensuais. Entretanto, a coerção reprodutiva tem sido crescentemente apontada como um dos mecanismos por meio dos quais parceiros ou cônjuges prejudicam a saúde reprodutiva das mulheres e mantêm controle sobre elas³⁶. Frente às práticas coercitivas, podemos perceber que as mulheres precisam empregar suas próprias estratégias de resistência para preservar o mínimo que possuem de autonomia reprodutiva. Contudo, mesmo tais artifícios têm suas limitações, já que a dificuldade em negociar o uso do preservativo ainda deixa as mulheres em situação de violência sexual vulneráveis a IST.

Interrupção da gestação em situações de violência conjugal

Enquanto algumas mulheres são impelidas a conceber filhos segundo a vontade de seu cônjuge ou parceiro, outras vivenciam um outro aspecto do controle reprodutivo. Nesse sentido, a imposição da interrupção da gestação é outro impacto na saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal, que ocorre, frequentemente, sob coerção ou coação, implícita e ou explícita, com ou sem uso de violência física.

Quando ele descobriu que eu estava grávida, mandou eu tomar um remédio para eu abortar, e eu nem sabia que era para isso. (M3).

Quando engravidei, aos 16 anos, ele, muito ciumento e agressivo, me disse que o filho não era

dele, comprou a medicação [Cytotec] e me deu dois comprimidos para tomar e dois para colocar na vagina. Eu, que vivia naquela situação tão difícil no relacionamento, só aceitei. (M11).

As falas acima ilustram o fato de que mulheres que vivem em situação de violência conjugal estão expostas a diversas formas de restrição de liberdade, inclusive no que concerne à decisão de levar a gestação a termo ou não. Além disso, por estarem imersas em um cenário de múltiplas violências, muitas delas apenas acatam a decisão por medo de uma reação explosiva. Embora o aborto coercitivo seja, em si, um ato de violência, ele acaba se colocando como um elo na cadeia de violências anteriores e sendo utilizado pelo agressor para esconder as violações que comete à dignidade e à autonomia reprodutiva da esposa ou parceira. Nesse sentido, a literatura aponta que mulheres que sofrem ou sofreram violência conjugal tendem a ser compelidas à interrupção da gestação, inclusive de forma repetida, já que essa prática faz parte de uma conjuntura de violências físicas, sexuais e psicológicas³⁷.

Tendo em vista tal conjuntura, os índices de transtornos psicológicos em casos de abortos forçados são significativamente maiores, já que a agressão do aborto forçado está associada ao trauma da restrição de sua liberdade e autonomia, bem como a todo um contexto de violência no qual a mulher está inserida³⁸. Mulheres que foram obrigadas a realizar aborto apresentam mais emoções negativas, mais perturbações na vida diária, no trabalho, nos relacionamentos ou pensamentos, além de sonhos e *flashbacks* frequentes do evento, conflito moral e materno sobre a decisão de abortar, culpa, raiva, perda e tristeza³⁹. Tais impactos podem ser observados na fala abaixo:

Ele me deu um remédio, e eu não tinha noção que ia abortar. Não imaginava que isso fosse acontecer. [...] me senti uma assassina! Achava que não tinha perdão divino para mim. (M8).

Nesse contexto, por se tratar de uma restrição da autonomia reprodutiva, o aborto

coercitivo já se apresenta como uma violência e grave violação de direitos. Contudo, os efeitos negativos para múltiplas dimensões do bem-estar das mulheres tornam sua ocorrência um evento ainda mais preocupante.

Considerações finais

Partindo de uma abordagem exploratória e qualitativa, o presente estudo buscou compreender a saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal. Os resultados indicaram que, além de agressões ao bem-estar físico, psicológico e emocional das mulheres, uma das facetas significativas da violência conjugal é a violação de direitos sexuais e reprodutivos e a limitação de autonomia.

Os relatos das entrevistadas expressam que há lacunas no cuidado oferecido, evidenciando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento adequado à saúde sexual e reprodutiva como um todo, em especial, nas situações de violência conjugal. Nesse contexto, reitera-se que a atenção à saúde sexual e reprodutiva não deve se restringir ao oferecimento de métodos contraceptivos, embora o planejamento reprodutivo seja, em si, um recurso para a redução de iniquidades e garantia de liberdades. Se compreendida como instrumento de promoção, proteção e efetivação de direitos, a atenção à saúde sexual e reprodutiva pode se apresentar como potente estratégia de fortalecimento da autonomia das mulheres.

Contudo, há, ainda, muitos desafios para que a atenção à saúde sexual e reprodutiva cumpra sua vocação. Tais desafios incluem a escassez de discussão sobre o tema no processo formativo de profissionais, a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar o tema no cotidiano dos serviços, as desigualdades de gênero e o simples desconhecimento da situação da saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras. Por esse motivo, espera-se, com este trabalho, contribuir para a sensibilização

dos profissionais e um entendimento mais adequado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal, fornecendo insumos para a elaboração de políticas de enfrentamento dos desafios inerentes a essa experiência.

Colaboradoras

Lima GCC (0000-0003-1901-3306)*, Almeida LCG (0000-0001-6940-9187)* e Franceschini

PKM (0000-0002-9253-7096)* contribuíram igualmente para o levantamento de literatura, revisão crítica e redação do manuscrito. Couto TM (0000-0001-6836-8563)* contribuiu para a coorientação do trabalho, revisão crítica e redação do manuscrito. Campos LM (0000-0001-5671-1977)* contribuiu para a coleta de dados e discussões de resultados. Nunes AR (0009-0000-3082-5722)* contribuiu para a elaboração do projeto, levantamento de literatura, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. ■

Referências

- Bueno S, Martins J, Brandão J, et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2023 [acesso em 2024 jun 24]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>
- Presidência da República (BR). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2006 ago 8 [acesso em 2025 mar 19]; Edição 151; Seção 1:1-4. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/08/2006&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=56>
- Mosena LC, Bossi TJ. Exposição à violência conjugal na infância e perpetuação transgeracional da violência: revisão sistemática. *Psico*. 2022;53(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.39088>
- Glick P, Fiske ST. Ambivalent sexism [Internet]. In: Zanna MP, editor. *Advances in experimental social psychology*. Thousand Oaks: Academic Press; 2001 [acesso em 2025 ago 13]; p. 115-88. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Peter-Glick-2/publication/232586301_Ambivalent-sexism/links/5a0d84974585153829b1c1bc/Ambivalent-sexism
- Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Menezes GMS, et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>
- Silva TM, Lima EFA, Tavares FL, et al. Reproductive and gynecological profiles of women suffering violence. *Rev Fun Care Online*. 2018;10(4):986-990. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.986-990>
- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR), Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres. *Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2020 [acesso em 2024 jun 25]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/cartilha-auxilia-mulheres-no-enfrentamento-a-violencia/Cartilhaenfrentamento_QRCODE1.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Santos RL, Souza MO, Marcolin LA. Violência doméstica: análise de perfis psicopatológicos e psicossociais de agressores conjugais. *Di@Logus*. 2023;11(3):117-33. DOI: <https://doi.org/10.33053/dialogus.v11i3.921>
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 ago 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf>
10. Maffei B, Marcos CB, Paludo SS. Motivações e expectativas de mulheres em situação de violência no momento da denúncia em uma delegacia especializada em atendimento à mulher. *Psicol Rev*. 2020;26(1):165-86. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p161-180>
11. Cavalcanti GMB, Amorim AVB, Queiroz GS, et al. Violence against women in the single health system. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:146-54. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7148>
12. Gomes NP, Garcia TCS, Conceição CR, et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde debate* [Internet]. 2012 [acesso em 2024 jun 21];36(95):514-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9LhJc4n8HhWd4HVtCmTVSvc/?format=pdf&lang=pt>
13. Carneiro JB, Gomes NP, Campos LM, et al. Compreendendo a violência conjugal: um estudo em grounded theory. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3185. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3116.3185>
14. Gomes JCA. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. *Rev Direito GV*. 2021;17(3):e2136. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202136>
15. World Health Organization. Violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [acesso 2025 ago 13]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
16. Gonzaga PRB. Psicologia, saúde sexual e saúde reprodutiva: Urgências para a formação profissional. *Psicol Cienc Prof*. 2022;42:e262847. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>
17. Polícia Militar (BA). Ronda Maria da Penha: Curso de Capacitação para Atuação na Ronda Maria da Penha. Salvador: PMBA; 2020.
18. Tonin L, Lacerda MR, Brandão MAG, et al. Uso do software NVivo 10® em estudo de análise de conceito. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20230033. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0033>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições; 2016.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção 1:44.
22. Gomes NP, Carneiro JB, Almeida LCG, et al. Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e78904. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78904>
23. Carvalho AA, Lima TA. Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva masculina no Brasil: possibilidades a partir de base de dados populacionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29:e03382024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.03382024>

24. United Nations Population Fund. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento [Internet]. Cairo: UNFPA; 2007 [acesso em 2024 jun 23]. 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-do>
25. Fagundes EEA, Campos KFC, Viana SMN, et al. A importância do sistema de gestão da qualidade para os serviços do Sistema Único de Saúde. *Rev Foco*. 2022;15(5):e538. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n5-017>
26. Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre as Mulheres – Pequim [Internet]. Pequim: ONU; 1995 [acesso em 2025 ago 13]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf
27. Fortes DCS, Silva MRS, Fonseca KSG, et al. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtorno mental: percepção dos profissionais de saúde. *Interface*. 2021;25:e200659. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200659>
28. Paula MBM, Queiroz ABA, Parmejiani EP, et al. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem no contexto rural: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2022;24:e69569. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69529>
29. Rodrigues GA, Alves VH, Rodrigues DP, et al. Planejamento reprodutivo e inserção de dispositivo intrauterino realizado por médicos e enfermeiras no Brasil. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e86717. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.86717>
30. Universidade Federal da Paraíba [Internet]. João Pessoa: UFPB; 2022. Identificando caminhos para melhorar o acesso à saúde sexual e reprodutiva no Nordeste, 2022 maio 27 [acesso em 2024 fev 19]. Disponível em: <https://www.ufpb.br/npds/contents/noticias/identificando-caminhos-para-melhorar-o-acesso-a-saude-sexual-e-reprodutiva-no-nordeste-do-brasil>
31. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 2025 ago 14];13(1):154-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/?format=pdf&lang=pt>
32. Ministério da Saúde (BR). Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 ago 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atendimento_mulheres_situacao_viol%C3%Aancia_aps.pdf
33. Dias ACS, Ferreira SL, Gusmão MEN, et al. Influência das características sociodemográficas e reprodutivas sobre a autonomia reprodutiva entre mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200103. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0103>
34. Dias ACS, Ferreira SL. Coerção reprodutiva e sua associação com o perfil sociodemográfico e reprodutivo em mulheres trabalhadoras rurais [Internet]. In: XX Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero, 2018 dez 04-07, Salvador, Brasil. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018 [acesso em 2025 jan 25]. Disponível em: <https://www.redor2018.sinteseeventos.com.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozaNDoiYToxOntzOjEwOiJJRF9BULFVSVZPIjtzOjM6IjZzNiI7fSI7czozaOjIjtzOjMyOiI5OGM5Zjg4MDNlNGI0YmUwNmJkN-TNlZTM4YWVhMjIwYSI7fQ%3D%3D>
35. Borges ALV, Dias ACS, Ale CCS. Autonomia reprodutiva associada ao uso de métodos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44:e20230072. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230072.en>
36. Warling A, Treder KM, Brandin M. An ecological model of reproductive coercion. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(6):697-701. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13555>

37. Reardon DC, Longbons T. Effects of pressure to abort on women's emotional responses and mental health. *Cureus*. 2023;15:e34456. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.34456>
38. Coleman PK, Boswell K, Etkorn K, et al. Women who suffered emotionally from abortion: a qualitative synthesis of their experiences. *J Am Phys Surg* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 jun 25];22(4):113-8. Disponível em: <https://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf>
39. Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD, et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011 [acesso em 2025 ago 14];57(6):644-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/FNfxfTmM7MHq8GM6mdBNDHB/?format=pdf&lang=pt>

Recebido em 20/02/2025

Aprovado em 05/09/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), conforme aprovação do Edital nº 003/2017, no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS/BA

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer