


**FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO CONTROLADOR DO PARCEIRO**

**FACTORS ASSOCIATED WITH CONTROLLING PARTNER BEHAVIOR**

**FACTORES ASOCIADOS CON EL COMPORTAMIENTO CONTROLADOR DE LA  
PAREJA**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n5-113>

**Data de submissão:** 24/04/2026

**Data de publicação:** 24/05/2026

**Luana Gabrielle Firmino Farias**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [luana.gffarias@ufpe.br](mailto:luana.gffarias@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-7122-9900>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2306324268052164>

**Elisabete Pereira Silva**

Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [elisabete.pereira@ufpe.br](mailto:elisabete.pereira@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2860-7934>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9901013943983128>

**Luana Sofia Barbosa Vasconcelos Silva**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [luana.sofia@ufpe.br](mailto:luana.sofia@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8945-8120>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5431528957181401>

**Mariana da Silva Sá**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [mariana.silvasa@ufpe.br](mailto:mariana.silvasa@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-1879-6427>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1518172671570067>

**Marina Wanderley Selva**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [marina.selva@ufpe.br](mailto:marina.selva@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0072-9542>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1256357361695234>

**Yasmim Kassielly Marques de Melo**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [yasmim.kassielly@ufpe.br](mailto:yasmim.kassielly@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0298-2548>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4205798478386559>

**Ana Bernarda Ludermir**

Pós-doutorado em Epidemiologia

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

E-mail: [ana.ludermir@ufpe.br](mailto:ana.ludermir@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7292-6641>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8510946198843716>

## RESUMO

O comportamento controlador do parceiro inclui atos como inibir o contato da mulher com amigos e parentes. Este estudo transversal, descritivo e analítico, foi realizado na Unidade Neonatal de um Hospital Universitário no Nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com as mulheres durante o internamento no pós-parto. Foram avaliadas condições socioeconômicas, dados do pré-natal e parto e problemas na saúde física e mental durante a gestação. Para avaliar a saúde mental, foi aplicado o *Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)*. O comportamento controlador do parceiro (CCP) foi avaliado pelo questionário sobre perfil do relacionamento entre os parceiros. Foram entrevistadas 256 puérperas, dentre as quais 37,1% referiram CCP, sendo mais frequente entre as adolescentes (9,3% vs. 17,9%;  $p=0,045$ ), as solteiras (47,2% vs. 67,4%;  $p=0,002$ ), as que tiveram pré-eclâmpsia (18,6% vs. 29,5%;  $p=0,045$ ) e naquelas com suspeita de transtornos mentais comuns (43,5% vs. 61,1%;  $p=0,007$ ). A prevalência de algum tipo de violência pelo parceiro íntimo (psicológica, física e/ou sexual) na gravidez foi 15,2% e na vida foi 38,6%. Os fatores associados ao CCP, com uma chance cerca de duas vezes maior foram: ser solteira, uso de algum tipo de substância na gravidez e brigas frequentes entre o casal. Essa chance foi quase quatro vezes maior quando a mulher referiu violência pelo parceiro íntimo (VPI) na gravidez e na vida. O comportamento controlador pode ser um preditor de VPI, identificá-lo precocemente possibilita a elaboração de estratégias de intervenção para mitigar as consequências para a saúde física e mental materna.

**Palavras-chave:** Comportamento Controlador. Gestação. Saúde Mental. Violência por Parceiro Íntimo.

## ABSTRACT

Controlling partner behavior includes acts such as inhibiting the woman's contact with friends and relatives. This cross-sectional, descriptive, and analytical study was conducted in the Neonatal Unit of a University Hospital in Northeast Brazil. Data collection was carried out through interviews with women during their postpartum hospitalization. Socioeconomic conditions, prenatal and delivery data, and physical and mental health problems during pregnancy were assessed. The Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) was used to assess mental health. The controlling partner behavior (CPB) was assessed using a questionnaire about the relationship profile between the partners. Two hundred and fifty-six postpartum women were interviewed, among whom 37.1% reported CPB, which was more frequent among adolescents (9.3% vs. 17.9%;  $p=0.045$ ), single women (47.2% vs. 67.4%;  $p=0.002$ ), those who had pre-eclampsia (18.6% vs. 29.5%;  $p=0.045$ ) and those with suspected common mental disorders (43.5% vs. 61.1%;  $p=0.007$ ). The prevalence of some type of intimate partner violence (psychological, physical and/or sexual) during pregnancy was 15.2%, and in lifetime

it was 38.6%. The factors associated with CPB, with an approximately twice higher chance, were: being single, substance use during pregnancy, and frequent arguments between the couple. This chance was almost four times greater when the woman reported intimate partner violence (IPV) during pregnancy and in her life. Controlling behavior can be a predictor of IPV; identifying it early allows for the development of intervention strategies to mitigate the consequences for maternal physical and mental health.

**Keywords:** Controlling Behavior. Pregnancy. Mental Health. Intimate Partner Violence.

## RESUMEN

La conducta de control de pareja incluye actos como inhibir el contacto de la mujer con amigos y familiares. Este es un estudio transversal, descriptivo y analítico realizado en la Unidad de Neonatología de un Hospital Universitario del Nordeste de Brasil. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas con mujeres durante su hospitalización posparto. Se evaluaron las condiciones socioeconómicas, los datos prenatales y del parto, y los problemas de salud física y mental durante el embarazo. Se utilizó el Cuestionario de Autoinforme-20 (SRQ-20) para evaluar la salud mental. La conducta de control de pareja (CCP) se evaluó mediante un cuestionario sobre el perfil de la relación entre las parejas. Se entrevistaron doscientas cincuenta y seis mujeres en posparto, de las cuales el 37,1% reportó experimentar CCP, con mayor prevalencia entre adolescentes (9,3% vs. 17,9%;  $p=0,045$ ), mujeres solteras (47,2% vs. 67,4%;  $p=0,002$ ), aquellas que tenían preeclampsia (18,6% vs. 29,5%;  $p=0,045$ ) y aquellas con sospecha de trastornos mentales comunes (43,5% vs. 61,1%;  $p=0,007$ ). La prevalencia de algún tipo de IPV (psicológica, física y/o sexual) durante el embarazo fue del 15,2%, y durante la vida fue del 38,6%. Los factores asociados con el CCP, con una probabilidad aproximadamente dos veces mayor, fueron: estar soltera, el consumo de sustancias durante el embarazo y las discusiones frecuentes entre la pareja. Esta probabilidad fue casi cuatro veces mayor cuando la mujer reportó IPV tanto durante el embarazo como durante la vida. El comportamiento controlador puede ser un predictor de violencia de pareja; identificarlo tempranamente permite desarrollar estrategias de intervención para mitigar las consecuencias para la salud física y mental materna.

**Palabras clave:** Conducta Controladora. Embarazo. Salud Mental. Violencia de Pareja.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos em uma sociedade com raízes históricas que revelam que o comportamento controlador de homens sobre mulheres sobrevive ao longo da história (Başkan; Alkan, 2023). Esse protótipo idealizado de masculinidade reforça características que remontam os supostos poder e força masculina em detrimento de uma idealizada submissão feminina (Silva *et al.*, 2022). Quando este modelo patriarcal é colocado numa posição de questionamento, a figura do homem, como detentor da força, passa a ver a figura feminina questionadora como uma ameaça, desenvolvendo técnicas de se manter no poder (Aboagye *et al.*, 2025).

Nesse cenário se encontram muitas mulheres que sofrem com violência pelo parceiro íntimo (VPI), sendo submetidas a agressões físicas, sexuais e/ou psicológicas, bem como a comportamentos controladores (World Health Organization - WHO, 2021). Além disso, os efeitos nocivos que a VPI tem sobre a vida da mulher estão associados a problemas na esfera psicológica de forma imediata e em longo prazo (Pickover *et al.*, 2017). É válido ressaltar que a violência psicológica pode se expressar de formas diferentes. Ela pode se revelar por meio de ataques verbais, nos quais a mulher é constantemente diminuída; além de passar por chantagens emocionais ou ‘tratamentos de silêncio’; bem como comportamentos controladores do parceiro (CCP), que podem ser representados por dominação e isolamento da vítima, nos quais o agressor afasta a mulher de toda rede de apoio que ela possa ter para que haja um maior controle sobre a companheira (Pickover *et al.*, 2017). Além disso, os perpetradores podem estabelecer situações de terror psicológico na vítima, ao ameaçarem de machucar alguém que tenha um vínculo emocional com a vítima, seja um parente próximo ou um animal de estimação (Lohmann *et al.*, 2024).

Alguns autores abordam o comportamento controlador do parceiro (CCP) como um dos tipos de VPI (Aizpurua *et al.*, 2021; Başkan; Alkan, 2023; Okot *et al.*, 2025; White *et al.*, 2024), mas outros o tratam como um preditor de VPI (McClintock *et al.*, 2021; Patafio *et al.*, 2022). Essa forma de violência tenta estabelecer uma relação de poder na qual a mulher é submissa e dependente seja de forma emocional, afetiva e/ou financeira (Oche *et al.*, 2020). As repercussões que essas agressões trazem para a mulher englobam principalmente a forma que ela se vê, alterando diretamente a sua autoestima (Patafio *et al.*, 2021). Além disso, são observadas repercussões psicológicas na vítima. É importante ressaltar que mulheres grávidas também estão vulneráveis a tais ataques, havendo repercussões maternas e fetais (Silva *et al.*, 2022).

Em consonância com o exposto, é importante reconhecer que a violência sofrida por essas mulheres tem a desigualdade como um de seus fatores de risco. Estima-se que em países subdesenvolvidos e em processo de desenvolvimento, a prevalência de mulheres que sofreram algum

tipo de agressão por seus parceiros seja de uma para cada três mulheres (WHO, 2021). Tempo de escolaridade reduzido, ausência de trabalho, consumo de bebidas alcoólicas são tidos como outros fatores de risco para violência. É observado que mulheres que se relacionam com parceiros nesses perfis estão mais propensas a sofrerem com a violência, reforçando a desigualdade como fator agravante (Silva *et al.*, 2022).

Em um mesmo prisma, a gravidez é tida como uma fase de amplas mudanças hormonais e emocionais na vida da mulher. No entanto, não é uma fase em que a mulher se encontra isenta da possibilidade de sofrer com violência, não tendo um consenso na literatura sobre a gestação atuar ou não como fator protetivo (Silva *et al.*, 2022). As repercussões da VPI durante a gravidez estão associadas com uma série de desfechos negativos para o binômio mãe-bebê (Tran *et al.*, 2025). Mulheres que são vítimas de VPI durante a gravidez estão mais propensas a problemas na saúde física (Gürkan *et al.*, 2020) e mental (White *et al.*, 2024). Isso pode ser observado através da saúde física, como complicações durante o trabalho de parto, abortos espontâneos e aumento da morbimortalidade materna em idade reprodutiva (Barez *et al.*, 2025), bem como da saúde psicológica, como a presença de estresse pós-traumático, depressão e suicídios (Mondal; Paul, 2021; Silva *et al.*, 2022; White *et al.*, 2024).

Cerca de 35% das mulheres em torno do globo entraram em contato com violência em algum momento durante suas vidas (WHO, 2021). Quando se analisa o Brasil, essa porcentagem aumenta para 62,4% das mulheres brasileiras e 55,1% das mulheres no estado de Pernambuco (Mascarenhas *et al.*, 2020) e 47,8% em Vitória – Espírito Santo (Leite *et al.*, 2025). Grande parte dessas violências sofridas por essas mulheres ocorrem no ambiente no qual elas deveriam se sentir seguras e serem da pessoa que deveria oferecer a elas companheirismo e segurança. Apesar desses percentuais elevados, ainda há uma dificuldade para mulheres reconhecerem que estão em um ambiente violento. Isso ocorre porque muitas delas confundem o CCP com atos de amor e proteção (Silva *et al.*, 2022).

Diante da magnitude e repercussões para a saúde física e mental das mulheres, observa-se a necessidade da consolidação de políticas públicas já existentes e da implementação de novas estratégias para contra a VPI e CCP, além de se padronizar instrumentos de rastreamento (Leite *et al.*, 2019) para garantir a dignidade e liberdade das mulheres (Lohmann *et al.*, 2024). O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência do comportamento controlador do parceiro e analisar os fatores associados.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, realizado na Unidade Neonatal de um Hospital Universitário da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, que entrevistou 256 mães, durante a fase de

internamento na Unidade Neonatal e coletou dados dos prontuários dos recém-nascidos.

O instrumento de coleta dos dados continha informações maternas sobre características sociodemográficas, dados do pré-natal e parto e problemas na gestação. A avaliação da saúde mental da mãe foi feita com o Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), que é um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (Harding *et al.*, 1980) para triagem de transtornos mentais comuns (TMC), composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas de depressão e ansiedade. O SRQ-20 já foi validado no Brasil (Mari; Williams, 1986) e em Pernambuco (Ludermir; Lewis, 2005). Na análise de dados foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O ponto de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em  $\leq 7$  e as mulheres foram divididas em dois grupos: não-suspeitas de TMC (escore igual ou menor que sete) e suspeitas de TMC (escore  $\geq 8$ ).

As questões sobre o relacionamento com o parceiro e sobre a VPI e o comportamento controlador do parceiro foram adaptadas do questionário utilizado no WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence (García-Moreno *et al.*, 2005), cujas questões para estimar a violência de gênero contra as mulheres já foi validado no Brasil (Schraiber *et al.*, 2010). Este instrumento identifica violência física, como agressões físicas ou o uso de objetos ou armas com o objetivo de produzir lesão; violência psicológica, como ameaças, insultos e humilhações; violência sexual, como relações sexuais impostas por meio de força física ou ameaças e imposição de atos que são considerados humilhantes. As questões sobre VPI foram perguntadas se ocorreram em dois momentos: na gravidez atual e alguma vez na vida.

O comportamento controlador do parceiro atual ou ex-parceiro mais recente foi avaliado por nove questões: a) Tenta impedir que você visite / veja seus amigos; b) Procura restringir o seu contato com sua família; c) Insiste em saber onde você está o tempo todo; d) Trata você com indiferença; e) Fica zangado se você conversa com outro homem; f) Está frequentemente suspeitando que você seja infiel; g) Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma; h) Impede / tentou impedir você de trabalhar; e i) Impede / tentou impedir você de estudar. A variável foi categorizada com comportamento controlador ( $\geq 1$  ponto) e sem comportamento controlador (0 ponto). A consistência interna, para este estudo, foi  $\alpha$ -Cronbach de 0,9991.

A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 13.0 para Windows. Inicialmente foi feita a análise descritiva da amostra pelas variáveis estudadas, além de estimada a prevalência do CCP, dos tipos de VPI perpetrados contra a mulher durante a gestação e alguma vez na vida, além dos transtornos mentais comuns. A diferença entre os grupos expostos e não expostos ao CCP foi analisada com o teste do qui-quadrado de Pearson e, quando indicado, foi usado o teste exato de

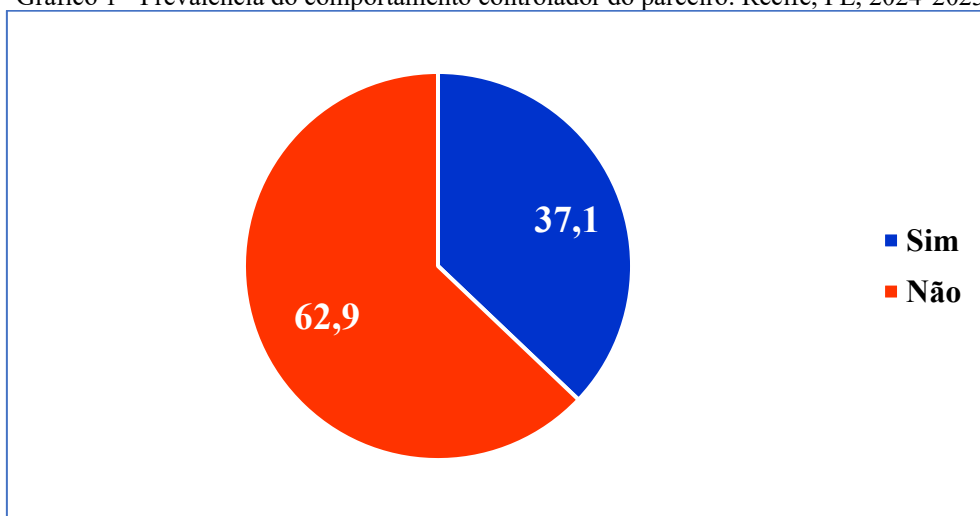
Fisher. Foram analisados os fatores associados por meio de regressão logística bivariada e multivariada, verificando Odds Ratio (OR) bruto e ajustado, os respectivos intervalos de confiança e considerando significância estatística para os valores de  $p < 0,05$ . Na regressão logística multivariada foram testados quatro modelos: sem VPI (modelo 1), com VPI na gravidez (modelo 2), com VPI na vida (modelo 3) e com VPI na gravidez e na vida (modelo 4).

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução CNS nº 466, de 2012. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 85670224.9.0000.8807 e parecer de nº 7.359.208).

### 3 RESULTADOS

As mulheres referiram comportamento controlador em 37,1% dos parceiros (Gráfico 1). Dentre as características do comportamento controlador, a mais frequente foi “fica zangado se você conversa com outro homem” (24,2%), seguido de “insiste em saber onde você está o tempo todo” (16,2%) e “tenta evitar que você visite/veja seus amigos” (10,6%).

Gráfico 1 - Prevalência do comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025



Fonte: Elaborado pelos autores.

As características sociodemográficas das 256 mulheres entrevistadas (Tabela 1) mostram que a maioria (87,5%) estava na faixa etária superior a 20 anos. A frequência do comportamento controlador do parceiro apresentou diferença estatisticamente significativa entre as adolescentes (9,3% vs. 17,9%;  $p=0,045$ ). Um pouco mais da metade (54,7%) se declarou solteira, entre as quais o comportamento controlador do parceiro se mostrou mais frequente (47,2% vs. 67,4%;  $p=0,002$ ). A maioria também referiu mais de nove anos de estudo (73,4%), inserção no mercado de trabalho (52,0%) e se autodeclarou de raça preta ou parda (82,4%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres, segundo o comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025

Variáveis (N=256)	Comportamento Controlador						p-valor
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Variáveis sociodemográficas</b>							
<b>Idade da mãe</b>							
≤ 19 anos	32	12,5	15	9,3	17	17,9	<b>0,045</b>
≥ 20 anos	224	87,5	146	90,7	78	82,1	
<b>Situação conjugal</b>							
Casada/União estável	140	54,7	76	47,2	64	67,4	<b>0,002</b>
Solteira	116	45,3	85	52,8	31	32,6	
<b>Escolaridade</b>							
> 9 anos de estudo	188	73,4	122	75,8	66	69,5	0,270
≤ 9 anos de estudo	68	26,6	39	24,2	29	30,5	
<b>Inserção produtiva</b>							
Inativa	123	48,0	75	46,6	48	50,5	0,542
Ativa	133	52,0	86	53,4	47	49,5	
<b>Raça</b>							
Branças	45	17,6	26	16,2	19	20,0	0,434
Pretas ou pardas	211	82,4	135	83,8	76	80,0	

Fonte: Elaborada pelos autores

A tabela 2 mostra que 65,6% das mulheres eram primíparas; que 89,8% fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, mas apenas 21,9% iniciaram no primeiro trimestre; que 64,1% tiveram parto cesárea, 24,6% tiveram parto prematuro e 21,5% tiveram filhos com menos de 2500 gramas. Com relação aos problemas físicos na gestação, os mais frequentes foram: hipertensão gestacional (38,7%), diabetes gestacional (34,4%), vulvovaginite (26,6%) e pré-eclâmpsia (22,7%). Vale destacar que os transtornos mentais comuns foram identificados em 50,0% das mulheres, dentre as quais, 61,1% referiram comportamento controlador do parceiro ( $p=0,007$ ).

Dentre os problemas físicos, a pré-eclâmpsia mostrou diferença estatisticamente significativa, para mulheres que referiram comportamento controlador do parceiro, em comparação com aquelas cujos parceiros não eram controladores (18,6% vs. 29,5%;  $p=0,045$ ).

Tabela 2 – Características do pré-natal, do parto, dos problemas físicos e mentais na gestação, segundo o comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025

Variáveis (N=256)	Comportamento Controlador						p-valor
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
<b>Dados do pré-natal e parto</b>							
<b>Paridade</b>							
Primípara	168	65,6	104	64,6	64	67,4	0,652
Não primípara	88	34,4	57	35,4	31	32,6	
<b>Número de consultas de pré-natal</b>							
≤ 5	26	10,2	17	10,6	9	9,5	0,781
≥ 6	230	89,8	144	89,4	86	90,5	
<b>Mês de início do pré-natal</b>							
1º trimestre	56	21,9	37	23,0	19	20,0	0,577
≥ 2º trimestre	200	78,1	124	77,0	76	80,0	
<b>Idade Gestacional</b>							
Recém-nascido pré-termo	63	24,6	37	23,0	26	27,4	0,431
Recém-nascido a termo	193	75,4	124	77,0	69	72,6	
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	92	35,9	54	33,5	38	40,0	0,298
Cesárea	164	64,1	107	66,5	57	60,0	
<b>Peso ao nascer</b>							
< 2500 gramas	55	21,5	32	19,9	23	24,2	0,415
≥ 2500 gramas	201	78,5	129	80,1	72	75,8	
<b>Problemas físicos e mentais na gestação</b>							
<b>Ameaça de parto prematuro</b>							
Sim	36	14,1	19	11,8	17	17,9	0,175
Não	220	85,9	142	88,2	78	82,1	
<b>Ameaça de aborto</b>							
Sim	28	10,9	16	9,9	12	12,6	0,505
Não	228	89,1	145	90,1	83	87,4	
<b>Pré-Eclâmpsia</b>							
Sim	58	22,7	30	18,6	28	29,5	<b>0,045</b>
Não	198	77,3	131	81,4	67	70,5	
<b>Hipertensão</b>							
Sim	99	38,7	61	37,9	38	40,0	0,737
Não	157	61,3	100	62,1	57	60,0	
<b>Diabetes</b>							
Sim	88	34,4	54	33,5	34	35,8	0,714
Não	168	65,6	107	66,5	61	64,2	
<b>Transtornos mentais comuns</b>							
Sim	128	50,0	70	43,5	58	61,1	<b>0,007</b>
Não	128	50,0	91	56,5	37	38,9	

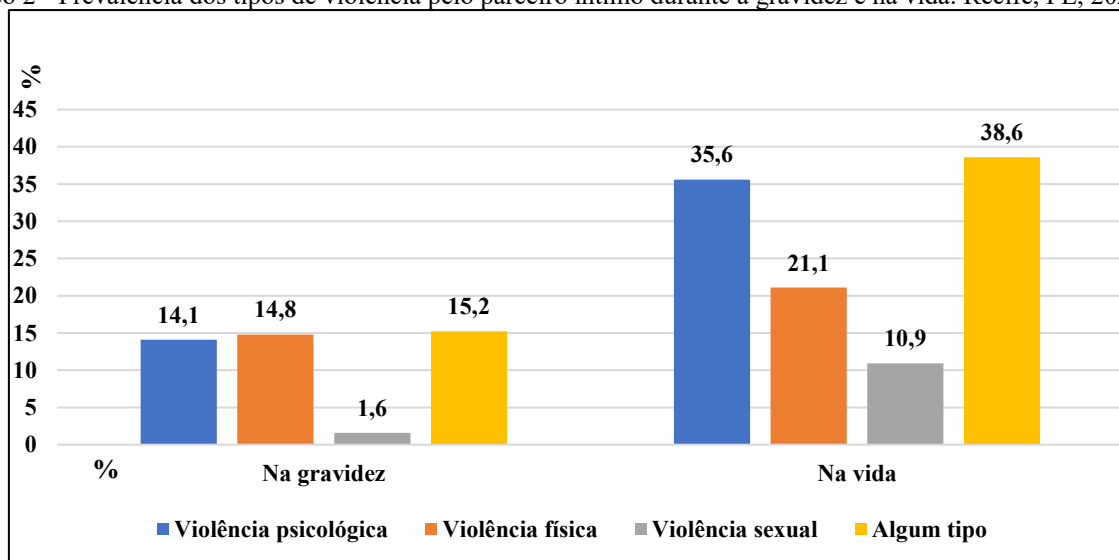
Fonte: Elaborada pelos autores; \*Teste exato de Fisher

O tipo de VPI (Gráfico 2) mais referido pelas mulheres na gravidez foi a física (14,8%) e, alguma vez na vida, foi a psicológica (35,5%). Na gravidez, 15,2% das mulheres relataram ter sofrido pelo menos um dos tipos de violência (psicológica, física e/ou sexual); e na vida, esse percentual foi de 38,6%.

Na tabela 3 estão apresentados os hábitos maternos do uso de álcool, fumo e drogas ilícitas durante a gestação, com todos apresentando associação estatisticamente significativa com o CCP. Quanto ao perfil do relacionamento do casal (tabela 4), apenas a comunicação precária, apesar de

mais frequente (9,9% vs. 11,6%;  $p=0,680$ ), não apresentou associação estatisticamente significativa com o CCP.

Gráfico 2 - Prevalência dos tipos de violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez e na vida. Recife, PE, 2024-2025



Fonte: Elaborado pelos autores

Na tabela 3 estão apresentados os hábitos maternos do uso de álcool, fumo e drogas ilícitas durante a gestação, com todos apresentando associação estatisticamente significativa com o CCP.

Tabela 3 – Características dos hábitos maternos durante a gestação, segundo o comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025

Variáveis (N=256)	Comportamento Controlador						p-valor
	Não		Sim				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Hábitos maternos durante a gestação</b>							
<b>Ingestão de bebida alcoólica</b>							
Sim	21	8,2	6	3,7	15	15,8	<b>0,001</b>
Não	235	91,8	155	96,3	80	84,2	
<b>Tabagismo</b>							
Sim	11	4,3	2	1,2	9	9,5	<b>0,002*</b>
Não	245	95,7	159	98,8	86	90,5	
<b>Uso de drogas ilícitas</b>							
Sim	7	2,7	1	0,6	6	6,3	<b>0,011*</b>
Não	249	97,3	160	99,4	89	93,7	
<b>Uso de alguma substância lícita e/ou ilícita</b>							
Sim	29	11,3	8	5,0	21	22,1	<b>0,001</b>
Não	227	88,7	153	95,0	74	77,9	

Fonte: Elaborada pelos autores; \*Teste exato de Fisher

Quanto ao perfil do relacionamento do casal (tabela 4), apenas a comunicação precária, apesar de mais frequente (9,9% vs. 11,6%;  $p=0,680$ ), não apresentou associação estatisticamente significativa com o CCP.

Tabela 4 – Características do perfil do relacionamento do casal, segundo o comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025

Variáveis (N=256)	Comportamento Controlador						p-valor
			Não		Sim		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Perfil do relacionamento do casal</b>							
<b>Comunicação com parceiro</b>							
Boa	229	89,5	145	90,1	84	88,4	0,680
Precária	27	10,5	16	9,9	11	11,6	
<b>Frequência de brigas</b>							
≥ 1 vez por semana	97	37,9	46	28,6	51	53,7	<0,0001
Até 3 vezes por mês	159	62,1	115	71,4	44	46,3	
<b>Violência psicológica na gravidez</b>							
Sim	36	14,1	7	4,4	29	30,5	<0,0001
Não	220	85,9	154	95,6	66	69,5	
<b>Violência física na gravidez</b>							
Sim	38	14,8	8	5,0	30	31,6	<0,0001
Não	218	85,2	153	95,0	65	68,4	
<b>Violência sexual na gravidez</b>							
Sim	4	1,6	0	0,00	4	4,2	0,009*
Não	252	98,4	161	100,0	91	95,8	
<b>Todos os tipos de violência na gravidez</b>							
Sim	39	15,2	8	5,0	31	32,6	<0,0001
Não	217	84,8	153	95,0	64	67,4	
<b>Violência alguma vez na vida</b>							
Sim	100	39,1	42	26,1	58	61,1	<0,0001
Não	156	60,9	119	73,9	37	38,9	
<b>Violência na gravidez e na vida</b>							
Sim	148	57,8	43	26,7	65	68,4	<0,0001
Não	108	42,2	118	73,3	30	31,6	

Fonte: Elaborada pelos autores; \*Teste exato de Fisher

Na Tabela 5, a análise bivariada aponta que as mães adolescentes (OR=2,1; IC 95%: 1,0-4,5; p=0,048) e as solteiras (OR=2,3; IC 95%: 1,4-3,9; p=0,002) apresentaram duas vezes mais chance de serem submetidas a relacionamentos nos quais o parceiro assume um comportamento controlador. Com relação ao uso de alguma substância como álcool, fumo e/ou drogas ilícitas durante a gestação, a chance dessas mulheres estarem envolvidas com um parceiro com comportamento controlador foi cinco vezes maior (OR=5,4; IC 95%: 2,3-12,8; p=0,001) em comparação com aquelas cujos parceiros não eram controladores. As brigas frequentes do casal (OR=2,9; IC 95%: 1,7-4,9; p=0,001), algum tipo de VPI durante a gravidez (OR=9,3; IC 95%: 4,0-21,2; p=0,001) e VPI alguma vez na vida (OR=4,4; IC 95%: 2,6-7,6; p=0,001) também aumentaram a chance de as mulheres referirem comportamento controlador do parceiro.

Tabela 5 – Regressão logística bivariada da associação entre variáveis maternas (sociodemográficas, hábitos e perfil do relacionamento) e comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025

Variáveis (N=279)	Comportamento controlador						OR	IC 95%	p-valor	
	Não		Sim		OR	IC 95%				p-valor
	n	%	n	%						
<b>Idade da mãe</b>										
< 19 anos	32	12,5	15	9,3	17	17,9	2,1	1,0 – 4,5	<b>0,048</b>	
> 19 anos	224	87,5	146	90,7	78	82,1	1			
<b>Situação conjugal</b>										
Solteiras	140	54,7	76	47,2	64	67,4	2,3	1,4 – 3,9	<b>0,002</b>	
Casada/União Estável	116	45,3	85	52,8	31	32,6	1			
<b>Pré-Eclâmpsia</b>										
Sim	58	22,7	30	18,6	28	29,5	1,8	1,0 – 3,3	<b>0,047</b>	
Não	198	77,3	131	81,4	67	70,5	1			
<b>Transtornos mentais comuns</b>										
Sim	21	8,2	6	3,7	15	15,8	2,0	1,2 – 3,4	<b>0,007</b>	
Não	235	91,8	155	96,3	80	84,2	1			
<b>Uso de álcool</b>										
Sim	11	4,3	2	1,2	9	9,5	4,8	1,8 – 12,9	<b>0,002</b>	
Não	245	95,7	159	98,8	86	90,5	1			
<b>Tabagismo</b>										
Sim	7	2,7	1	0,6	6	6,3	8,3	1,8 – 39,4	<b>0,008</b>	
Não	249	97,3	160	99,4	89	93,7	1			
<b>Uso de drogas</b>										
Sim	32	12,5	15	9,3	17	17,9	10,8	1,3 – 91,0	<b>0,029</b>	
Não	224	87,5	146	90,7	78	82,1	1			
<b>Uso de alguma substância</b>										
Sim	29	11,3	8	5,0	21	22,1	5,4	2,3 – 12,8	<b>&lt;0,0001</b>	
Não	227	88,7	153	95,0	74	77,9	1			
<b>Frequência de brigas</b>										
≥ 1 vez por semana	97	37,9	46	28,6	51	53,7	2,9	1,7 – 4,9	<b>&lt;0,0001</b>	
Até 3 vezes por mês	159	62,1	115	71,4	44	46,3	1			
<b>Violência durante a gravidez</b>										
Sim	39	15,2	8	5,0	31	32,6	9,3	4,0 – 21,2	<b>&lt;0,0001</b>	
Não	217	84,8	153	95,0	64	67,4	1			
<b>Violência alguma vez na vida</b>										
Sim	100	39,1	42	26,1	58	61,1	4,4	2,6 - 7,6	<b>&lt;0,0001</b>	
Não	156	60,9	119	73,9	37	38,9	1			
<b>Violência na gravidez e na vida</b>										
Sim	148	57,8	43	26,7	65	68,4	5,9	3,4-10,4	<b>&lt;0,0001</b>	
Não	108	42,2	118	73,3	30	31,6	1			

Fonte: Elaborada pelos autores; OR (Odds Ratio não ajustado); IC (Intervalo de Confiança)

A tabela 6 mostra que na análise de regressão logística multivariada, após ajuste pelos fatores de confundimento, permaneceram como fatores associados ao comportamento controlador do parceiro: com uma chance cerca de duas vezes maior, ser solteira (OR=1,9; IC 95%: 1,0-3,5; p=0,041) e brigas frequentes entre o casal (OR=2,1; IC 95%: 1,2-3,9; p=0,015); e com uma chance quase três vezes maior, o uso de algum tipo de substância na gravidez (OR=2,8; IC 95%: 1,0-7,4; p=0,042).

Quanto à VPI na gravidez e na vida, essa chance foi quase quatro vezes maior (OR=3,9; IC 95%: 2,1-7,2;  $p < 0,0001$ ).

Tabela 6 – Fatores associados ao comportamento controlador do parceiro. Recife, PE, 2024-2025

Variáveis (N=279)	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	OR <sup>a</sup>	IC 95%	p-valor	OR <sup>b</sup>	IC 95%	p-valor	OR <sup>c</sup>	IC 95%	p-valor	OR <sup>d</sup>	IC 95%	p-valor
<b>Idade da mãe</b>												
< 19 anos	0,5	0,2 - 1,2	0,136	0,6	0,2 - 1,4	0,230	0,5	0,2 - 1,1	0,100	0,5	0,2 - 1,2	0,130
> 19 anos	1											
<b>Situação conjugal</b>												
Solteiras	1,9	1,1 - 3,4	<b>0,027</b>	1,7	0,9 - 3,1	0,088	1,9	1,1 - 3,6	<b>0,033</b>	1,9	1,0 - 3,5	<b>0,041</b>
Casada/União Estável	1											
<b>Pré-Eclâmpsia</b>												
Sim	1,8	0,9 - 3,4	0,088	1,4	0,7 - 2,7	0,381	1,6	0,8 - 3,2	0,181	1,6	0,8 - 3,1	0,214
Não	1											
<b>Transtornos mentais comuns</b>												
Sim	1,9	1,1 - 3,4	<b>0,024</b>	1,8	1,0 - 3,3	<b>0,050</b>	1,5	0,8 - 2,8	0,173	1,5	0,8 - 2,7	0,190
Não	1											
<b>Uso de alguma substância</b>												
Sim	3,9	1,6 - 9,6	<b>0,004</b>	3,3	1,2-8,7	<b>0,018</b>	3,2	1,2 - 8,3	<b>0,019</b>	2,8	1,0 - 7,4	<b>0,042</b>
Não	1											
<b>Frequência de brigas</b>												
≥ 1 vez por semana	2,7	1,5 - 4,7	<b>0,001</b>	2,0	1,1-3,8	<b>0,024</b>	2,4	1,3 - 4,4	<b>0,004</b>	2,1	1,2 - 3,9	<b>0,015</b>
Até 3 vezes por mês	1											
<b>Violência durante a gravidez</b>												
Sim				4,4	1,8-11,0	<b>0,002</b>						
Não												
<b>Violência alguma vez na vida</b>												
Sim							3,4	1,9 - 6,2	<b>&lt;0,0001</b>			
Não												
<b>Violência na gravidez e na vida</b>												
Sim										3,9	2,1 - 7,2	<b>&lt;0,0001</b>
Não												

Fonte: Elaborada pelos autores; OR (Odds Ratio não ajustado); IC (Intervalo de Confiança)

ORa (ajustado por idade da mãe + situação conjugal + pré-eclâmpsia + TMC + uso de substâncias + brigas, SEM as violências);

ORb (ajustado por idade da mãe + situação conjugal + pré-eclâmpsia + TMC + uso de substâncias + brigas, incluindo violência na gravidez);

ORc (ajustado por idade da mãe + situação conjugal + pré-eclâmpsia + TMC + uso de substâncias + brigas, incluindo violência na vida);

ORd (ajustado por idade da mãe + situação conjugal + pré-eclâmpsia + TMC + uso de substâncias + brigas, incluindo violência na gravidez e na vida)

## 4 DISCUSSÃO

Neste estudo foram investigados fatores associados ao comportamento controlador do parceiro atual ou mais recente de mulheres que estavam no puerpério imediato. Encontrou-se uma prevalência elevada de CCP e sua associação com transtornos mentais comuns e uso de substâncias lícitas e ilícitas na gravidez. Além de associação robusta entre CCP e o perfil do relacionamento, incluindo as brigas frequentes entre o casal e VPI na gravidez e na vida.

Alguns estudos (Faisal-Cury *et al.* 2025; Miranda *et al.*, 2024) consideram o CCP como um dos tipos de VPI. Enquanto outros estudos avaliam os comportamentos controladores dos parceiros como um fator associado ou predisponente de VPI (Aboagye *et al.*, 2025; Krantz; Vung, 2009; Oche *et al.*, 2020; Sulaiman *et al.*, 2025)

Embora tenhamos encontrado uma prevalência elevada de CCP, os nossos resultados são

inferiores aos de vários países da África (McClintock *et al.*, 2021; Okot *et al.*, 2025). Essa diferença pode ser explicada pela tradição patriarcal, pela desigualdade de gênero e pelas normas culturais e sociais comuns e acentuadas no território africano (McClintock *et al.*, 2021), além da metodologia diferente em termos de tamanho da amostra, local dos estudos e instrumentos utilizados.

Alguns estudos (Aboagye *et al.*, 2025; Alkan *et al.*, 2025; Lin *et al.*, 2018) encontraram mulheres mais velhas referindo maior frequência, tanto de VPI como CCP, o que pode ser devido a um período mais prolongado de exposição a relacionamentos abusivos. Entretanto, encontramos as adolescentes e as solteiras como grupos de maior vulnerabilidade. Em relação à faixa etária, evidencia-se que as adolescentes são mais propensas a serem vítimas de violência sexual, física e psicológica, e quanto mais jovens se casam, mais aumentam as chances da primeira relação não ser consensual (Anand; Unisa; Singh, 2016), revelando uma dinâmica de poder desigual dentro do relacionamento. Nesse sentido, Barber *et al.* (2018) trabalha o conceito de coerção reprodutiva, que diz respeito ao comportamento de controle sobre a vida reprodutiva da mulher, principalmente as mais jovens, o que inclui maior frequência de relações sexuais, menor uso de métodos contraceptivos e maior desejo reprodutivo por parte do parceiro, independente da vontade da mulher. Isso reforça os pressupostos de que a gravidez na adolescência aumenta a vulnerabilidade para situações de controle e poder do homem sobre a mulher, e que o estar solteira e grávida pode ser um indicativo de relação conflituosa com o parceiro.

Com relação ao estado civil, encontramos as mulheres solteiras sob maior risco de VPI e CCP quando comparadas às mulheres casadas e em união estável (Navarro-Mantas *et al.*, 2018). Evidências apontam que relações conjugais formais sugerem um possível efeito protetor sobre a mulher, quando comparadas a relações não formais (Cid; Leguisamo, 2023). Um estudo conduzido com adultos jovens revelou que pessoas namorando, quando comparadas a pessoas casadas, possuem uma maior tolerância com comportamentos controladores, o que pode contribuir para sua naturalização e perpetuação (Matud *et al.*, 2023). Essas duas características demográficas precisam ser mais pesquisadas para que se tenha um maior entendimento do papel da idade e do estado civil na ocorrência de situações de conflito e violência entre os parceiros, principalmente entre adolescentes.

A análise da associação do uso de alguma substância durante a gravidez com o CCP é complexa porque pode ser analisada como uma consequência ou como um fator predisponente. Segundo Alkan *et al.*, 2025, a dependência química pode levar a uma busca menos criteriosa por parceiros, o que coloca a mulher numa situação de ainda mais vulnerabilidade social, de modo que, quando expostas a comportamentos controladores e estão sob efeitos de drogas, ficam menos capazes de recusar sexo de risco. Por outro lado, segundo El-Bassel *et al.* (2022), quando expostas a CCP e

VPI, mulheres que não faziam uso de drogas podem começar a fazer como uma estratégia de enfrentamento à violência sofrida. Tal realidade pode se agravar quando o parceiro é também o responsável pelo fornecimento de drogas, usando isso como forma de controle também.

Alguns estudos mostram que o consumo excessivo de álcool pelo parceiro é um fator associado ao aumento da agressividade e da violência contra as mulheres (Coll *et al.*, 2021; Phuntsho *et al.*, 2022), porque o álcool leva a deterioração da capacidade do casal de resolver desentendimentos e predispõe à prática de violência em um relacionamento íntimo (Aboagye *et al.*, 2022). No entanto, outros estudos argumentam que o uso do álcool não é um fator de risco para violência e pode ser usado como desculpa para comportamentos abusivos (Devries *et al.*, 2014; Javaid, 2015), principalmente em ambientes onde normas patriarcais e masculinidade tóxica já são prevalentes, aumentando assim o risco de VPI (Gibbs *et al.*, 2020). Segundo Mukherjee e Joshi (2021), o uso de álcool pelo parceiro não só aumenta o risco de comportamento violento dentro do relacionamento, mas reforça dinâmicas de controle coercitivo, funcionando como uma forma de dominação do parceiro sobre a mulher.

Por outro lado, as mulheres vítimas de violência doméstica tendem a apresentar taxas mais elevadas de consumo de álcool do que aquelas que não sofrem violência (Davis *et al.*, 2017). Mulheres nessas situações podem usar o álcool como mecanismo de enfrentamento da violência que vivenciam em seu relacionamento (Jones *et al.*, 2019).

Estudos recentes têm mostrado que mulheres expostas a CCP são mais vulneráveis a outras formas de violência (Aizpurua *et al.*, 2021; Patafio *et al.*, 2022; Sulaiman, *et al.*, 2025), o que não foi diferente em nosso estudo, mesmo depois de testar e ajustar os vários modelos. Todas as análises de VPI na gravidez, na vida e a cumulativa (na gravidez e na vida) mostraram uma maior chance de as mulheres referirem CCP, comparadas com aquelas cujos parceiros não tinham comportamento controlador. No entanto, a VPI na gravidez mostrou uma chance maior, o que indica que a gravidez não é um período seguro nem livre de relações abusivas.

Este estudo tem algumas limitações: a) por ser um estudo transversal, impede a demonstração da relação de causa e efeito entre CCP e VPI; b) O recorte de atendimentos em um hospital terciário público e que atende uma clientela de baixa renda limita a generalização dos resultados para as mulheres atendidas em serviços privados e de uma classe social mais favorecida; c) Há a possibilidade de sub-relato do CCP e da VPI, mas para diminuir esse risco, a privacidade e a confidencialidade foram garantidos por entrevistadoras treinadas e esses dois eventos foram investigados por meio de perguntas sobre os atos concretos para facilitar o entendimento.

## 5 CONCLUSÕES

O nosso estudo observou que o estado civil solteira; consumo de drogas lícitas e ilícitas; e exposição à VPI, nas suas mais variadas formas, torna a mulher mais suscetível a relações de desigualdade de poder e passíveis de envolvimento em relacionamentos abusivos e com controle coercitivo.

O comportamento controlador do parceiro pode ser um preditor de VPI, identificá-lo precocemente possibilita a elaboração de estratégias para prevenir a experiência de outras formas de violência e para mitigar as consequências para a saúde física e mental materna.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às puérperas que participaram desta pesquisa e ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica / Propesqi / UFPE.

## REFERÊNCIAS

- ABOAGYE, R. G. *et al.* Experience of controlling behaviour and intimate partner violence among women of reproductive age in sub-Saharan Africa. *BMC Women's Health*, v. 25, n. 1, p. 382, 2025. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-025-03902-0>
- ABOAGYE, R. G. *et al.* Partner alcohol consumption and intimate partner violence against women in sexual unions in sub-Saharan Africa. *PLoS ONE*, v. 17, n. 12: e0278196, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278196>
- AIZPURUA, E. *et al.* Controlling Behaviors and Intimate Partner Violence Among Women in Spain: an examination of individual, partner, and relationship risk factors for physical and psychological abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 36, n. 1-2, p. 231-254, 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260517723744>.
- ALKAN, Ö; BAYHAN, Y. C.; ABAR, H. Controlling behaviors and lifetime economic, emotional, physical, and sexual violence in Türkiye. *Journal of Public Health*, v. 33, p. 109–125, 2025. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01999-x>
- ANAND, E.; UNISA, S.; SINGH, J. Intimate partner violence and unintended pregnancy among adolescent and young adult married women in South Asia. *Journal of Biosocial Science*, v. 49, n. 2, p. 206-221, 2016. <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932016000286>
- BARBER, J. S. *et al.* The relationship between intimate partner violence and pregnancy during the transition to adulthood. *American Sociological Review*, v. 84, n. 3, p. 575-605, 2019. <https://doi.org/10.1177/0003122419846109>
- BAREZ, M. A. *et al.* Investigating the relationship between intimate partner violence, reproductive health and pregnancy outcome: a systematic review. *Reproductive Health*, v. 22, n. 255, 2025. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02208-6>
- BAŞKAN, Burak; ALKAN, Ömer. Determinants of intimate partner controlling behavior targeting women in Türkiye. *Frontiers in Psychology*, v. 14, p. 1-14, 2023. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1174143>.
- CID, A.; LEGUISAMO, M. Marriage as a protective factor against intimate partner violence suffered by women: exploring mechanisms. *Hispanic Health Care International*, v. 21, n. 1, p. 38-49, 2023. <https://doi.org/10.1177/15404153221137343>
- COLL, C. V. N. *et al.* Intimate partner violence victimisation and its association with maternal parenting: the 2015 Pelotas Birth Cohort. *The Lancet Global Health*, v. 11, n. 9, p. e1393-e1401, 2023. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00282-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00282-6)
- DAVIS, E. C. *et al.* Patterns of alcohol abuse, depression, and intimate partner violence among township mothers in South Africa over 5 Years. *AIDS and Behavior*, v. 21, n.2, 174-182, 2017. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1927-y>

DEVRIES, K. M. *et al.* Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, v. 10, n. 5, p. e1001439, 2013/2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

EL-BASSEL, N. *et al.* Intertwined epidemics: progress, gaps, and opportunities to address intimate partner violence and HIV among key populations of women. *The Lancet HIV*, v. 9, n. 3, p. e202-e213, 2022. [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00325-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00325-8)

FAISAL-CURY, A. *et al.* Psychological and Physical/Sexual Intimate Partner Violence Among Pregnant and Postpartum Women: Evidence From a Brazilian National Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, p. 1-25, 2025. <https://doi-org.ez16.periodicos.capes.gov.br/10.1177/08862605251396034>

GARCÍA-MORENO, C. *et al.* WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924159358X>

GIBBS, A. *et al.* New learnings on drivers of men's physical and/or sexual violence against their female partners, and women's experiences of this, and the implications for prevention interventions, *Global Health Action*, v. 13:1, 1739845, 2020. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1739845>

GÜRKAN, O. C. *et al.* The Influence of Intimate Partner Violence on Pregnancy Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 35, n. 3-4, p. 523-541, 2020. <https://doi.org/10.1177/0886260518789902>

HARDING, T. W. *et al.* Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, v. 10, p. 231-241, 1980. <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>

JAVOID, A. The role of alcohol in intimate partner violence: causal behaviour or excusing behaviour? *British Journal of Community Justice*, v. 13, n. 1, p. 75-92, 2015. <https://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/1638/>

KRANTZ, G.; VUNG, N. D. The role of controlling behaviour in intimate partner violence and its health effects: a population based study from rural Vietnam. *BMC Public Health*, v. 9, n. 143, p. 1-10, 2009. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-143>

LEITE, F. M. C. *et al.* General Violence Against Women by an Intimate Partner and Co-Occurrence. *Women's Health Reports*, v. 6, n. 1, p. 1182-1190, 2025. <http://online.liebertpub.com/doi/10.1177/26884844251390892>

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, p. 1-14, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190056>

LIN, K. *et al.* Chinese women's experience of intimate partner violence: exploring factors affecting various types of IPV. *Violence Against Women*, v. 24, n. 1, p. 66-84, 2018. <https://doi.org/10.1177/1077801216671221>

LOHMANN, S. *et al.* The Trauma and Mental Health Impacts of Coercive Control: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 25, n. 1, p. 630-647, 2023. <http://dx.doi.org/10.1177/15248380231162972>.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 40, n. 1, p. 36-41, 2005.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Disease*, v. 39, p. 371-8, 1986. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3700578/>.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Analysis of notifications of intimate partner violence against women, Brazil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23: E200007. Supl.1, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>

MATUD, M. P.; PADILLA, V.; GUTIÉRREZ, A. B. Dating violence and mental health in emerging adulthood. *Healthcare*, v. 11, n. 24, p. 3172, 2023. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11243172>

McCLINTOCK, H. F. *et al.* Controlling Behavior and Lifetime Physical, Sexual, and Emotional Violence in sub-Saharan Africa. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 36, n. 15-16, p. 7776-7801, 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260519835878>.

MIRANDA, V. I. A. *et al.* Violência por parceiro íntimo durante a gestação e qualidade de vida no Sul do Brasil: estudo transversal, 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 33:e2023993, 2024. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2023993.pt>

MONDAL, D.; PAUL, P. Associations of Power Relations, Wife-Beating Attitudes, and Controlling Behavior of Husband With Domestic Violence Against Women in India: insights from the national family health survey-4. *Violence Against Women*, v. 27, n. 14, p. 2530-2551, 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801220978794>.

MUKHERJEE, R.; JOSHI, R. K. Controlling Behavior and Intimate Partner Violence: a cross-sectional study in an urban area of delhi, india. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 36, n. 19-20, p. 10831-10842, 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260519876720>.

NAVARRO-MANTAS, L. *et al.* Prevalence and Sociodemographic Predictors of Intimate Partner Violence Against Women in El Salvador. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 36, n. 7-8, p. NP3547-NP3573, 2018. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260518779065>

OCHE, O. M. *et al.* Intimate Partner Violence in Pregnancy: Knowledge and Experiences of Pregnant Women and Controlling Behavior of Male Partners in Sokoto, Northwest Nigeria. *International Journal of Reproductive Medicine*, 7626741, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7626741>

OKOT, J. *et al.* Prevalence, types, and determinants of intimate-partner violence among pregnant women in Northern Uganda: a hospital-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25:3059, 2025. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24465-7>

PATAFIO, B. *et al.* Coercive Controlling Behaviors and Reporting Physical Intimate Partner Violence in Australian Women: an exploration. *Violence Against Women*, v. 28, n. 2, p. 375-394, 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801220985932>.

PHUNTSHO, S. *et al.* Correlates of intimate partner violence in Bhutan: Evidence from the 2012 National Health Survey. *Journal of Health Research*, v. 36, n. 1, p. 23–36, 2022. <https://doi.org/10.1108/JHR-01-2020-0012>

PICKOVER, A. M. *et al.* Demand/withdraw communication in the context of intimate partner violence: implications for psychological outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 52, p. 95-102, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.07.002>

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 658-66, 2010.

SILVA, R. P. *et al.* Violência por parceiro íntimo na gestação: um enfoque sobre características do parceiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 5, p. 1873-1882, 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022275.06542021>.

SULAIMAN, L. A-R. *et al.* E. Intimate partner controlling behaviour and intimate partner violence among married women in rural areas in south africa. *BMC Women's Health*, v. 25:199, 2025. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03687-2>

TRAN, H. D. T. *et al.* Impact of intimate partner violence during pregnancy on maternal mental health and child development: a birth cohort study in central Vietnam. *Osong Public Health and Research Perspectives*, v. 16, n. 5, p. 453-464, 2025. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2025.0178>

WHITE, S. J. *et al.* Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 25, n. 1, p. 494-511, 2024. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em: 10 jun. 2024.