

Autonomía reproductiva de las mujeres durante la pandemia de COVID-19: estudio transversal*

Carolynne Souza de Moura Barbosa^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5188-8092>

Ana Cecília Silvestre da Silva^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-0611-1468>

Géssyca Cavalcante de Melo^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-6774-857X>

Alba Maria Bomfim de França^{3,7}

 <https://orcid.org/0000-0001-9474-7137>

Destacados: **(1)** Se observó un alto puntaje de autonomía reproductiva incluso durante la pandemia. **(2)** No tener pareja estable influyó positivamente en la toma de decisiones reproductivas. **(3)** Las mujeres de la capital, de menor franja etaria y con menor educación, tienen menos coerción. **(4)** Ser nuligesta y utilizar anticonceptivos presentan menos coerción y mejor comunicación. **(5)** El uso de un instrumento *online* durante la pandemia amplió el alcance a las mujeres.

Objetivo: analizar la autonomía reproductiva de las mujeres durante la pandemia de COVID-19, en función de factores sociodemográficos, clínicos y reproductivos. **Método:** estudio cuantitativo con diseño transversal, realizado con 314 mujeres de 18 a 49 años. La información se obtuvo mediante un cuestionario *online* que consta de datos sociodemográficos, clínicos y reproductivos y de la Escala de Autonomía Reproductiva. Para comparar variables se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y t de Student. **Resultados:** hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes medios de "toma de decisiones" y estado civil ($p = <0,001$); y entre "ausencia de coerción" y "comunicación" y franja etaria ($p = 0,03$ y $<0,001$), residencia ($p = <0,001$ y $<0,01$), educación ($p = 0,02$ y $0,02$), embarazo ($p = <0,001$ y $0,04$) y anticoncepción ($p = 0,02$ y $<0,001$).

Conclusión: no tener pareja sexual influyó positivamente en la autonomía en la toma de decisiones reproductivas durante la pandemia de COVID-19. Las mujeres de menor franja etaria, residentes en la capital, mayor nivel de escolaridad, que nunca habían estado embarazadas y que utilizaban anticonceptivos durante la pandemia mostraron mayor autonomía en ausencia de coerción y comunicación. Se identificaron grupos que requieren mayor atención e intervenciones que contribuyan a su salud sexual y elecciones reproductivas.

Descriptores: Autonomía; Conducta Reproductiva; Salud de la Mujer; Anticonceptivos; Planificación Familiar; COVID-19.

* Apoyo financiero de la Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

² Beca de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), Brasil.

³ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Núcleo de Saúde Materno-Infantil e do Adolescente, Maceió, AL, Brasil.

⁴ Maternidade Escola Santa Mônica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Maceió, AL, Brasil.

⁵ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Núcleo de Ensino de Propedêutica e Terapêutica, Maceió, AL, Brasil.

⁶ Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, Diretoria de Vigilância em Saúde, Maceió, AL, Brasil.

⁷ Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, Brasil.

Cómo citar este artículo

Barbosa CSM, Silva ACS, Melo GC, França AMB. Women's reproductive autonomy during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4437 [cited ____]. Available from: _____ . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6910.4437>

URL

año mes día

Introducción

Los derechos reproductivos de las mujeres se lograron después de las movilizaciones sociales y feministas que comenzaron en la década de 1960 y transformaron la sexualidad y beneficiaron la conformación social de las mismas. Sin embargo, a pesar de sus victorias, los límites impuestos por la desigualdad de género persisten en la vida cotidiana de las mujeres y continúan afectando su autonomía reproductiva⁽¹⁾.

Garantizar la autonomía reproductiva es una tarea compleja, que involucra múltiples factores, entre los que se encuentran el contexto de vida y las necesidades individuales de las mujeres, factores socioeconómicos y demográficos, como edad, vivienda, años de educación, religión, estado civil, color, entre otros condicionantes y determinantes de la salud⁽²⁻³⁾.

La diferencia entre géneros también puede influir en que elijan o no utilizar anticonceptivos, considerando que las mujeres tienen mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos disponibles y que los hombres ejercen una fuerte influencia en la planificación reproductiva⁽⁴⁾. En la elección de la anticoncepción hay que considerar el contexto de vida, la participación de la pareja en ese proceso y la emancipación y autonomía reproductiva de la mujer⁽²⁾.

Se destaca la importancia y la libertad de elección de la anticoncepción moderna para las mujeres y sus parejas sexuales, si es aceptable y segura dentro de las particularidades clínicas detectadas en la consulta con el profesional de la salud. Aquellas que no deseen quedar embarazadas, deberán iniciar o continuar con el método anticonceptivo elegido, eso garantiza sus derechos y su salud sexual y reproductiva⁽⁵⁾. La autonomía reproductiva les da a las mujeres el pleno derecho a ser protagonistas de sus elecciones anticonceptivas, ya sea que deseen o no tener hijos y utilizar o no métodos anticonceptivos⁽⁶⁾.

La pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), principalmente en el período de 2020 a 2021, le impuso muchas restricciones a la población, debido a la necesidad de prevenir y reducir la propagación de la infección, a través del aislamiento social. Las restricciones también provocaron una reducción de la disponibilidad de los profesionales de la salud y generó enfermedades y estrés laboral, que se reflejaron en la calidad y resolución de los servicios de salud⁽⁷⁾.

En lo que respecta a la planificación reproductiva, el distanciamiento físico, el trabajo desde casa y las restricciones impuestas a las actividades no esenciales dificultaron el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto puede haber afectado los derechos y

la autonomía de las mujeres y hacerlas más propensas a embarazos no planificados⁽⁸⁻⁹⁾.

El acceso a métodos anticonceptivos tiene un efecto positivo en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres y sus familias, además reduce los embarazos no planificados⁽¹⁰⁾. La autonomía reproductiva de las mujeres brasileñas es de nivel medio⁽¹¹⁾ a alto⁽¹²⁾, sin embargo, ellas aún enfrentan dificultades relacionadas con factores socioeconómicos y el papel de la pareja en el proceso de decisión reproductiva. Por ende, el papel del género y el poder en las decisiones son brechas que requieren mayor discusión⁽⁶⁾, al igual que los factores socioeconómicos y culturales, que se destacan con el mismo grado de importancia e influencia, según un estudio realizado en un país en desarrollo. Este se centró en adolescentes y mujeres, en las cuales la presencia de estigma se destacó como elemento que debe ser investigado⁽¹³⁾, y ese es un vacío en los estudios con mujeres brasileñas.

La violación de los derechos reproductivos y las imposiciones sociales comprometen la autonomía y pueden dificultar que las mujeres brasileñas alcancen sus objetivos reproductivos⁽¹¹⁾. Por ende, este tema se eligió porque brinda la oportunidad de reflexionar sobre la autonomía reproductiva de las mujeres durante la pandemia de COVID-19, considerando también los cambios que se generaron en ese período y la influencia de los determinantes sociales de la salud.

El presente estudio tiene como objetivo contribuir a lograr una mejor comprensión de la autonomía reproductiva y si se conservó durante la pandemia de COVID-19. Por lo tanto, su objetivo fue analizar la autonomía reproductiva de las mujeres durante la pandemia de COVID-19, en función de factores sociodemográficos, clínicos y reproductivos.

Método

Diseño del estudio

Este es un estudio cuantitativo con un diseño transversal.

Escenario

El estudio abarcó el estado de Alagoas, Brasil. Está ubicado en la región nordeste y está compuesto por 102 municipios, Alagoas tiene una población estimada de 3.365.351 habitantes y se divide en dos macrorregiones sanitarias. La primera macrorregión comprende de la primera a la sexta región sanitaria y abarca 57 municipios (2.276.293 habitantes), entre los que se encuentra

la capital Maceió. A su vez, la segunda macrorregión sanitaria comprende de la séptima a la décima región e incluye en total 45 municipios (1.089.058 habitantes)⁽¹⁴⁾.

Período

La recolección de datos se realizó del 24 de junio al 30 de noviembre de 2021.

Población

La población de estudio estuvo compuesta por mujeres residentes en el estado de Alagoas, con edades entre 18 y 49 años.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron: mujeres entre 18 y 49 años residentes en el estado de Alagoas. A su vez, los criterios de exclusión fueron: mujeres cuyos instrumentos de recolección de información estuvieran incompletos, duplicados o que no tuvieran correo electrónico o *WhatsApp*® para enviarles el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI).

Definición de la muestra

Para obtener la muestra del estudio, se realizó una búsqueda en el departamento de informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) sobre la población residente en el estado de Alagoas, a saber: mujeres, en edad fértil, en la franja etaria de 18 a 49 años, por macrorregión de salud y en el período de 2010, año del último censo realizado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

La investigación incluyó un total de 777.970 mujeres, 536.820 mujeres de la primera macrorregión sanitaria y 241.150 mujeres de la segunda macrorregión sanitaria. A partir de esos datos se estimó la muestra del estudio mediante cálculo muestral, utilizando un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, y se obtuvo como resultado un total de 384 participantes.

Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, fueron incluidas en total 314 mujeres, cuyos instrumentos estaban completos, se tomó como referencia un estudio realizado en el nordeste de Brasil⁽¹²⁾. Para minimizar el sesgo de la muestra, la estrategia de difusión se dirigió a los municipios donde se obtuvieron menos respuestas a los instrumentos para recolectar información *online*. Cabe señalar que, inicialmente, participaron en el estudio 404 mujeres. Al excluir los instrumentos incompletos (n=62), los respondidos por la misma participante (n=12), aquellos cuya respuesta era incompatible con la pregunta

sobre la edad (n=14) y los que no contaban con correo electrónico o *WhatsApp*® para enviar el FCLI (n=2), se obtuvo una muestra final de 314 mujeres.

Variables del estudio

Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y reproductivos mediante 46 variables, que se utilizaron para caracterizar a las participantes. Datos sociodemográficos: ciudad, edad, color (autodeclarado), pareja sexual actual, religión, ingreso mensual, educación de la participante y del jefe de familia, si tiene seguro médico y si recibe ayuda del gobierno. Para facilitar el análisis de los datos, las alternativas para la variable pareja actual se resumieron en dos grupos: sin pareja (soltera, viuda o divorciada) o con pareja sexual (casada o en unión estable).

A las variables sociodemográficas se agregaron 15, según los Criterios Brasileños de la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación⁽¹⁵⁾ que evalúa la clasificación económica de Brasil, y están compuestas por variables cuyas opciones de respuesta son: cero, uno, dos, tres y cuatro o más. Las variables son: número de baños, empleadas domésticas que cobran un salario mensual y trabajan permanentemente cinco o más días por semana y autos de uso personal o familiar en la residencia donde vive la participante; número de microcomputadoras, lavavajillas, lavadoras y secadoras, refrigeradores, freezers, reproductores de Discos Versátiles Digitales (DVD), microondas y motocicletas en la residencia donde vive la participante; si hay agua corriente y pavimento en la calle donde vive la participante.

Cada respuesta (cero, uno, dos, tres y cuatro o más), dependiendo de la variable, corresponde a un número de puntos que van del 0 al 14. El puntaje total se obtiene sumando los puntos de cada variable, lo que da como resultado un punto de corte del Criterio Brasil según el ingreso medio: clase A (R\$ 21.826,74) = 45 a 100 puntos; clase B1 (R\$ 10.361,48) = 38 a 44 puntos; clase B2 (R\$ 5.755,23) = 29 a 37 puntos; clase C1 (R\$ 3.276,76) = 23 a 28 puntos; clase C2 (R\$ 1.965,87) = 17 a 22 puntos; y clase DE (R\$ 900,60) = 0 a 16 puntos. El ingreso promedio más alto corresponde a la clase "A" y el más bajo a la clase "DE", y va bajando progresivamente⁽¹⁵⁾. Las demás variables sociodemográficas fueron creadas por las autoras, al igual que las variables clínicas y reproductivas.

Datos sobre condiciones clínicas: presencia de dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, sedentarismo, tabaquismo u otros. Datos sobre cuestiones reproductivas: número de embarazos, incluidos los abortos; tener hijos, cantidad y intervalo de tiempo entre ellos y si todavía planea tener hijos; planificación del embarazo; qué métodos anticonceptivos conoce, cuáles ha utilizado,

cuáles utilizaba antes de la pandemia de COVID-19 y en el momento de la investigación, cuál le gustaría utilizar; cuánto tiempo lleva usando el método anticonceptivo actual; si acudió a algún servicio o asistencia profesional de planificación reproductiva durante la pandemia (asesoramiento reproductivo); de quién recibió orientación sobre métodos anticonceptivos; forma de acceso, si paga por el método anticonceptivo y si el valor afecta sus ingresos; si cree que debido a la pandemia la elección de anticonceptivos se vio afectada; si antes de la pandemia tenía dificultades de acceso y si tiene o tuvo dificultades durante la misma; si interrumpió el método anticonceptivo durante la pandemia y por qué lo hizo.

La autonomía reproductiva fue evaluada mediante la *Reproductive Autonomy Scale* traducida, validada y adaptada para mujeres brasileñas⁽¹⁶⁾, que consta de 14 variables y está organizada en tres subescalas que serán presentadas en la sección sobre instrumentos utilizados para la recolección de información.

Instrumentos utilizados para recolectar información

Los datos fueron obtenidos a través del cuestionario de evaluación de datos sociodemográficos, clínicos y reproductivos y de la Escala de Autonomía Reproductiva – versión brasileña⁽¹⁶⁾. El cuestionario consta de 46 preguntas. La Escala de Autonomía Reproductiva – versión brasileña⁽¹⁶⁾ está compuesta por 14 ítems, organizados en tres subescalas: toma de decisiones, ausencia de coerción y comunicación.

La subescala toma de decisiones consta de cuatro preguntas sobre quién tiene la última palabra en situaciones reproductivas: (1) quién decide si utilizas un método para evitar el embarazo; (2) quién decide qué método usarías para prevenir el embarazo; (3) quién decide cuándo tienes un bebé; (4) si quedas embarazada, de forma no planificada, ¿quién decidirá qué hacer?, ya sea criar al niño, buscar padres adoptivos o abortar. Para esta subescala se obtiene una puntuación según las respuestas: mi pareja sexual = 1 punto; yo y mi pareja sexual por igual = 2 puntos; yo = 3 puntos. Se les indica a las participantes que consideren y respondan al ítem “pareja sexual” a la pareja principal, la pareja más reciente o alguien de la familia que tendría alguna influencia en la decisión, como los padres o los suegros⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

La subescala de ausencia de coerción está compuesta por cinco preguntas sobre situaciones de coerción que sufren las mujeres: (1) tu pareja te impidió utilizar un método para evitar el embarazo cuando tú querías utilizar uno; (2) tu pareja te obstaculizó o dificultó el uso de un método para prevenir el embarazo cuando tú querías utilizar uno; (3) tu pareja te obligó a usar un método

para evitar el embarazo cuando tú no querías usarlo; (4) tu pareja te impediría utilizar un método para prevenir el embarazo si tú quisieras utilizar uno; (5) tu pareja te presionó para quedar embarazada⁽¹⁶⁾.

La subescala de comunicación está compuesta por cinco afirmaciones sobre la capacidad para comunicarse sobre la relación sexual y las decisiones reproductivas: (1) tu pareja te apoyaría si quisieras utilizar un método para evitar el embarazo; (2) es fácil hablar de sexo con tu pareja; (3) si no quisieras tener relaciones sexuales, podrías decírselo a su pareja; (4) si tuvieras dudas sobre estar embarazada o no estar embarazada, podrías hablar con tu pareja al respecto; (5) si realmente no quisieras quedar embarazada podrías convencer a tu pareja de no tener un hijo⁽¹⁶⁾.

Para la segunda y tercera subescala, las opciones de respuesta son del tipo Likert (muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo), con una puntuación de 1 a 4 puntos. Para la segunda subescala, es necesario invertir la puntuación de los ítems para calcular el puntaje de ausencia de coerción, ya que todos los ítems son teóricamente contrarios a la autonomía reproductiva⁽¹⁶⁾.

Después de sumar los puntajes de las tres subescalas de autonomía reproductiva, se calcula una puntuación media para la escala. Los puntajes medios más altos indican mayores niveles de autonomía reproductiva⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. El puntaje de autonomía reproductiva total de la escala oscila entre 1,00 y 4,00, una media de 1,00 a 2,00 significa autonomía baja, de 2,01 a 3,00 autonomía media y de 3,01 a 4,00 autonomía alta⁽¹¹⁻¹²⁾.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó de forma remota, debido a la pandemia de COVID-19 y para poder llegar a las mujeres de todos los municipios, a través de la herramienta *Google Forms*, mediante invitación abierta en las redes sociales *Instagram*® y *Facebook*®, correo electrónico y *WhatsApp*®. Se crearon *flyers* con información destacada para despertar el interés de las invitadas de continuar leyendo el texto adjunto, que contiene la presentación de las investigadoras, el objetivo del estudio, la población objetivo y el *link* para acceder a los instrumentos de recolección de información.

Instagram® permite compartir fotos, vídeos y mensajes. Además de utilizar las cuentas personales de las investigadoras, se creó un perfil específico para dar a conocer la investigación e invitar a las participantes. Los medios utilizados fueron historia, publicación en el *feed* y mensaje directo. Además, para llegar al mayor número posible de mujeres, se estableció contacto directo con perfiles activos, con un número importante de seguidores y público objetivo y contenidos dirigidos a residentes de los

distintos municipios de Alagoas. Además, se contactó por *WhatsApp*® a los administradores de los perfiles que tenían los números disponibles en la biografía de *Instagram*®.

La divulgación en *Facebook*® se realizó en las cuentas personales de las investigadoras, en las que se compartieron *flyers* y textos adjuntos. Se utilizó el correo electrónico institucional, ya que permitía un fácil acceso a los distintos correos electrónicos de estudiantes y profesores, conocidos o desconocidos, de la universidad donde estudiaban y trabajaban las investigadoras. *WhatsApp*® es una aplicación que se utiliza con el mismo fin que *Instagram*®, con mensajes a través de chats grupales y mensajes privados.

Cabe señalar que todas las redes sociales fueron utilizadas para la difusión diaria durante el período de recolección de datos, además del mensaje adicional que solicitaba compartir el contenido recibido. No hubo distinción de género a la hora de enviar los mensajes de divulgación, junto al texto promocional había un mensaje sobre la importancia de compartir la información con una mujer que cumpliera con los criterios, si el destinatario no era parte del público objetivo. En el último mes de recolección de datos, las invitaciones se enviaron a los municipios donde se obtuvieron menos respuestas a los instrumentos de recolección de información.

La cumplimentación *online* del cuestionario de evaluación de datos sociodemográficos, clínicos y reproductivos y de la Escala de Autonomía Reproductiva - versión brasileña⁽¹⁶⁾ se realizó en días y horarios determinados por la disponibilidad de las participantes.

A través de la invitación abierta, al acceder al *link* de *Google Forms*, las participantes leyeron y conocieron la naturaleza de toda la investigación. Aceptaron participar en el estudio haciendo clic en el botón "ACEPTO" del FCLI, enviado individualmente, con copia de las respuestas, al correo electrónico o al número de *WhatsApp*® proporcionado al inicio del instrumento de recolección, para el archivo y/o impresión de los documentos.

Poco después, las participantes respondieron a los instrumentos de la investigación para recolectar información. El tiempo de respuesta fue, en promedio, de quince a veinte minutos. En caso de dudas, fue posible resolverlas contactando a las investigadoras por correo electrónico. Para reclutar participantes se utilizó la técnica no probabilística, mediante la cual fueron incluidas las que aceptaron participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron importados al programa *Microsoft Excel* para *Windows*, con el fin de organizar los datos y expresar los resultados de medias, desviaciones estándar

y valores mínimos y máximos, con aplicación de estadística descriptiva. Para comparar las medias de los dominios de la Escala de Autonomía Reproductiva - versión brasileña - entre los grupos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney para datos con distribución no paramétrica y la prueba T de Student para datos con distribución paramétrica. La normalidad de los datos se analizó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, mientras que la homocedasticidad se analizó mediante la prueba de Levene. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como nivel de significación. Los análisis se realizaron utilizando la versión del *Jeffreys's Amazing Statistics Program* (JASP) versión 0.16.1.

Aspectos éticos

El estudio respetó todos los aspectos éticos de acuerdo con la Resolución N° 466 de 2012 y la Resolución n° 510 de 2016 del Consejo Nacional de Ética en Investigación de Brasil (CONEP). La investigación fue aprobada bajo dictamen n° 4.794.176 el 21 de junio de 2021. Para aclarar dudas sobre el tema, después de completar la información se puso a disposición un *link* que redirige a la participante a una guía sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Durante la pandemia de COVID-19 elaborado por la Defensoría Pública del Estado de São Paulo y el Centro Especializado en Promoción y Defensa de los Derechos de la Mujer (NUDEM), que tiene orientaciones sobre anticoncepción, aborto legal, embarazo, parto y posparto⁽¹⁸⁾.

Resultados

Se evaluaron las características sociodemográficas, clínicas y reproductivas de las participantes del estudio (n=314). El análisis de las características sociodemográficas mostró que la edad promedio de las mujeres era de 27,2 años. Además, el 87,26% (n=186) vivía en la capital de Alagoas; el 87,26% (n=274) se declaró no negra, es decir, el 37,58% (n=118) se declaró blanca, el 46,18% (n=145) morena, el 3,18% (n=10) amarilla y el 0,32% (n=1) indígena; el 12,74% (n=40) se declaró negra; y el 85,03% (n=267) de las mujeres tenía religión.

La mayor parte de la muestra del estudio estuvo compuesta por mujeres sin pareja sexual, es decir, solteras, viudas y divorciadas, 64,97% (n=204). El 98,41% (n=309) tenía más de ocho años de educación; y el 54,78% (n=172) de la muestra tenía ingresos mensuales superiores a un salario mínimo, el 25,16% (n=79) hasta dos salarios, el 18,79% (n=59) entre tres y cinco salarios y el 10,83% (n=34) ganaba más de cinco salarios, mientras que el 45,22% (n=142) de las

mujeres tenían un ingreso de hasta un salario mínimo. Según los Criterios de Clasificación Económica Brasileña⁽¹²⁾, el 32,80% (n=103) de las mujeres pertenecían a la clase "B2" (promedio R\$ 5.755,23), seguida de la clase "C1" (promedio R\$ 3.276,76) con el 19,11% (n =60). La minoría pertenece a la clase "A" (promedio R\$ 21.826,74) con el 6,69% (n=21) y a la clase "DE" (promedio R\$ 900,60) con el 7,32% (n=23).

Entre las condiciones clínicas que informó el 21,19% (n=68) de las mujeres, el 0,94% (n=03) presentó dislipidemia; el 3,43% (n=11), hipertensión arterial; el 0,31% (n=01), diabetes; el 4,98% (n=16), obesidad; el 7,17% (n=23), sedentarismo; el 0,94% (n=03), tabaquismo y el 3,43% (n=11) otras afecciones. Por ende, el 78,82% (n=253) de las mujeres negaron tener algún problema clínico.

En cuanto a las características reproductivas, el 64,65% (n=203) de las participantes nunca había estado embarazada (incluye abortos); el 20,70% (n=65) de las que ya habían quedado embarazadas informó que tuvo embarazo no planificado; y el 81,53% (n=256) utilizó métodos anticonceptivos durante la pandemia de COVID-19.

El método anticonceptivo más utilizado por las mujeres durante la pandemia fue el hormonal, que fue usado por el 60,51% (n=190), seguido del 41,72% (n=131) de los métodos de barrera y del 28,98% (n= 91) de los conductuales. El 45,22% (n=142) de las participantes llevaba más de dos años utilizando su método anticonceptivo. La mayoría de las participantes del estudio no interrumpió el uso de anticonceptivos durante la pandemia de COVID-19, 74,52% (n=234) de la muestra.

Además, el 61,47% (n=193) de las mujeres tuvo acceso a anticonceptivos mediante la compra con su propio dinero y el 87,26% (n=274) no tuvo dificultades para acceder a ellos durante la pandemia. Sin embargo, el 67,20% (n=211) de las mujeres no acudió a un servicio o atención profesional de planificación reproductiva durante la pandemia de COVID-19.

Las medias, desviaciones estándar y puntajes mínimos y máximos para los dominios de autonomía reproductiva se presentan en la Tabla 1. Se observó mayor autonomía en los constructos "Ausencia de coerción" y "Comunicación" y menor autonomía en "Toma de decisiones".

Tabla 1 – Puntajes de autonomía reproductiva de las participantes del estudio, según cada dominio de la Escala de Autonomía Reproductiva (N* = 314). Maceió, AL, Brasil, 2021

Factor (subescala)	Media	Desviación estándar	Mínimo - Máximo
Toma de decisiones	2,65	0,51	1,00 - 3,00
Ausencia de coerción	3,63	0,66	1,00 - 4,00
Comunicación	3,41	0,75	1,00 - 4,00
Total	3,27	0,77	1,00 - 4,00

*N = Número total de participantes

Se analizaron los puntajes medios de autonomía reproductiva y las características sociodemográficas y reproductivas de las participantes del estudio, como se muestra en la Tabla 2. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes

medios de "Ausencia de coerción" y "Comunicación" y la franja etaria. Según los análisis, las mujeres entre 18 y 35 años tuvieron mayor autonomía en ambos puntajes que las mujeres mayores de 35 años.

Tabla 2 – Comparación entre los puntajes medios de autonomía reproductiva y las características sociodemográficas y reproductivas de las participantes del estudio (N* = 314). Maceió, AL, Brasil, 2021

Variables	Toma de decisiones	Ausencia de coerción	Comunicación
Franja etaria (años)			
18-35	2,66±0,35	3,65±0,55	3,45±0,50
> 35	2,59±0,41	3,50±0,50	3,19±0,61
Valor de p	0,37	0,03	<0,00 [†]
Residencia			
Capital	2,68±0,33	3,70±0,51	3,48±0,49
Interior	2,61±0,38	3,52±0,59	3,31±0,55
Valor de p	0,12	<0,001 [†]	<0,01 [†]

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Variables	Toma de decisiones	Ausencia de coerción	Comunicación
Color autodeclarado			
Negras	2,73±0,34	3,56±0,57	3,40±0,43
No negras	2,64±0,36	3,64±0,55	3,41±0,53
Valor de <i>p</i>	0,11	0,30	0,60
Religión			
Con religión	2,64±0,36	3,61±0,55	3,39±0,53
Sin religión	2,72±0,35	3,69±0,54	3,51±0,44
Valor de <i>p</i>	0,07	0,23	0,21
Pareja sexual actual			
Con pareja sexual	2,54±0,38	3,64±0,52	3,41±0,58
Sin pareja sexual	2,71±0,33	3,62±0,57	3,41±0,49
Valor de <i>p</i>	<0,001	0,96	0,56
Ingreso			
Hasta 1 salario mínimo [‡]	2,66±0,37	3,58±0,59	3,35±0,50
> 1 salario mínimo [‡]	2,64±0,34	3,67±0,51	3,46±0,54
Valor de <i>p</i>	0,36	0,31	0,08
Educación			
Hasta 8 años de estudio	2,75±0,43	2,92±0,81	2,72±0,77
> 8 años de estudio	2,65±0,36	3,64±0,54	3,42±0,51
Valor de <i>p</i>	0,38	0,02	0,02
Embarazo			
No	2,65±0,35	3,70±0,49	3,46±0,50
Sí	2,66±0,38	3,49±0,63	3,33±0,55
Valor de <i>p</i>	0,56	<0,001 [†]	0,04 [†]
Anticoncepción			
No	2,68±0,39	3,51±0,56	3,14±0,63
Sí	2,65±0,35	3,65±0,55	3,47±0,47
Valor de <i>p</i>	0,31	0,02 [†]	<0,001
Asesoramiento reproductivo			
No	2,66±0,36	3,62±0,56	3,37±0,55
Sí	2,62±0,35	3,63±0,53	3,50±0,45
Valor de <i>p</i>	0,22	0,93	0,09

Los valores se expresan como media ± desviación estándar; *N = Número total de participantes; †Prueba T de Student; ‡El salario mínimo en la recolección de datos era de R\$ 1.100,00, Brasil, 2021

También se verificó que había diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes medios de "Ausencia de coerción" y "Comunicación" y la residencia. Los análisis demostraron que las participantes que vivían en la capital de Alagoas tenían mayor autonomía reproductiva que las mujeres que vivían en el interior.

En cuanto a las características sociodemográficas, hubo diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje medio de "Toma de Decisiones" y de pareja sexual actual. Los análisis mostraron que las mujeres que no tenían pareja

(solteras, viudas y divorciadas) tenían mayor autonomía en el constructo "Toma de Decisiones" que el grupo de participantes con pareja sexual (casadas y en unión estable).

Se encontró que había diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes medios "Ausencia de coerción" y "Comunicación" y la educación. Según los análisis, las participantes con más de ocho años de estudio mostraron mayor autonomía en los constructos "Ausencia de coerción" y "Comunicación" que las participantes con hasta ocho años de estudio.

En cuanto a las características reproductivas, hubo diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes medios de "Ausencia de coerción" y "Comunicación" y de embarazo y anticoncepción. Según los análisis, las mujeres que nunca han estado embarazadas (incluye abortos) y que utilizaban métodos anticonceptivos durante la pandemia de COVID-19 tenían mayor autonomía reproductiva que las mujeres que ya estuvieron embarazadas (incluye abortos) y que no utilizaban anticonceptivos.

Discusión

Durante el período de recolección de datos, la pandemia de COVID-19 afectaba a Brasil. En Alagoas, el número de casos confirmados y defunciones iba en aumento y la tasa de incidencia fue del 6,3% en junio y del 7,2% en noviembre de 2021⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Por otro lado, hubo flexibilización y vacunación para mayores de 18 años, a partir de agosto de 2021⁽²¹⁾, también se dio el retorno gradual del acceso a los establecimientos, dependiendo de la capacidad de ocupación de personas y del comprobante de vacunación⁽²²⁾. Además de las implicancias de la pandemia de COVID-19, hay que considerar que las dificultades y los desafíos de las mujeres para ejercer su pleno derecho a la autonomía reproductiva dependen de los diferentes factores asociados a la práctica, como el contexto sociodemográfico y reproductivo⁽⁶⁾.

Las mujeres de este estudio tuvieron un puntaje medio alto de autonomía reproductiva total. La mayor autonomía se observó en los constructos "Ausencia de coacción" y "Comunicación" y la menor autonomía en "Toma de decisiones". A diferencia de otros estudios brasileños que observaron mayor autonomía en "Toma de decisiones"⁽¹¹⁾ y menor autonomía en "Comunicación"⁽¹²⁾. Por otro lado, fue similar al resultado de un estudio con mujeres norteamericanas, que también arrojó menor autonomía en el constructo "Toma de Decisiones"⁽¹⁷⁾.

Se sabe que los factores sociodemográficos contribuyen a la autonomía reproductiva de las mujeres⁽⁶⁾. Con respecto a la subescala "Toma de Decisiones" y la variable pareja sexual actual, se observó en este estudio que las mujeres que no tienen pareja sexual (solteras, viudas y divorciadas) tenían mayor autonomía reproductiva, hallazgo que se repite en el estudio con quilombolas brasileñas⁽¹¹⁾ y difiere del estudio realizado con trabajadoras rurales brasileñas⁽¹²⁾. Además, una investigación realizada con mujeres nigerianas reveló que las decisiones de salud de la mayoría de las mujeres participantes las tomaba su pareja y que los factores asociados son índice de riqueza y educación⁽²³⁾. Las intenciones reproductivas de las mujeres se ven influenciadas por la relación con su pareja sexual, debido a

la injerencia que tiene la pareja en la anticoncepción y a la coerción reproductiva que sufren, lo que revela que están sometidas a las decisiones de la pareja, hecho reforzado por el patriarcado y aspectos culturales que las rodean⁽¹⁷⁾. La coerción y presión masculina refuerzan la jerarquía de género y están presentes desde la sexarca, momento en el que las mujeres se encuentran en la fase de construcción de la autonomía sexual⁽²⁴⁾. En la mayor parte de los casos, el sometimiento de las decisiones femeninas se relaciona con el número de hijos de la pareja y con la dependencia financiera, a pesar de que la responsabilidad de la anticoncepción se centre en la mujer⁽⁴⁾.

La variable franja etaria demostró que las mujeres de 18 a 35 años tienen mayor autonomía reproductiva en los constructos "Ausencia de coerción" y "Comunicación" que las mujeres mayores de 35 años, ese hallazgo es similar al de un estudio que validó la escala de autonomía reproductiva y obtuvo esos datos en mujeres jóvenes⁽¹⁷⁾. Al tratarse de una muestra de mujeres con una edad media de 27,2 años, la capacidad de comunicación en las parejas más jóvenes puede ser más efectiva para la toma de decisiones reproductivas, lo que da como resultado una mayor autonomía reproductiva.

Además, el inicio de las relaciones sexuales cada vez más temprano, la confianza en la pareja como condición para el uso del preservativo y los riesgos de que la población sea más vulnerable a embarazos no deseados son factores que pueden tener consecuencias a largo plazo sobre la salud sexual y reproductiva de la población más joven⁽²⁵⁾. Por otro lado, el principal motivo de las mujeres sexualmente activas para no utilizar métodos anticonceptivos es no querer hacerlo o no preocuparse por quedar embarazadas, mientras que las mujeres jóvenes tienen doble protección⁽³⁾.

En cuanto a la variable residencia, las participantes que vivían en la capital del estado de Alagoas demostraron mayor autonomía reproductiva en los constructos "Ausencia de coerción" y "Comunicación" en este estudio que las mujeres que vivían en el interior del estado. Mientras que un estudio realizado en Brasil con mujeres de zonas rurales destacó que las mujeres tenían dificultades para alcanzar sus objetivos reproductivos debido a los determinantes sociales⁽¹²⁾. Esto puede estar relacionado con el acceso a la información que tienen las mujeres con menores ingresos, educación y condiciones de vivienda. Las consecuencias de los factores sociodemográficos desfavorables junto con la dificultad para comunicarse con la pareja y la coerción que sufren pueden tener consecuencias para la salud y la vida de las mujeres, e impedir el desarrollo de la autonomía reproductiva. De forma similar, un estudio realizado con adolescentes de una favela de Río de Janeiro demostró que la falta de

respeto y el silenciamiento de las opciones sexuales y reproductivas de las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad puede conducir a embarazos no planificados y abortos inseguros⁽²⁴⁾.

En lo que respecta a la variable educación, las mujeres con más de ocho años de estudio demostraron mayor autonomía reproductiva en los constructos "Ausencia de coerción" y "Comunicación" que las mujeres con menos de ocho años de estudio. El estudio realizado en Nigeria demostró que cuanto mayor es el nivel educativo, mayor es la capacidad de la mujer para tomar sus propias decisiones de salud sin la interferencia de la pareja sexual o decisión conjunta⁽²³⁾.

El conocimiento sobre anticoncepción y reproducción producto del alto nivel educativo de la mayoría de las participantes puede haber contribuido a que tuvieran una comunicación efectiva con la pareja para lograr objetivos reproductivos, dado que es al hombre al que se le da el valor social de la toma de decisiones. Cabe destacar que el bajo nivel educativo de las mujeres y la consiguiente falta de conocimiento contribuyen a la jerarquía de género y a que se valoren las decisiones que toman los hombres⁽²³⁾.

La autonomía en la subescala "Comunicación" se repite en otros estudios^(12-13,17), y revela que una mejor comunicación con la pareja sexual contribuye a la toma de decisiones reproductivas. La dificultad para imponerle su voluntad a la pareja de rechazar la actividad sexual o de solicitarle que use preservativo puede afectar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer⁽²⁴⁾. El nivel de confianza en la pareja es un factor esencial para el uso regular del preservativo y favorece las conductas sexuales de riesgo, dado que depende del tiempo y del tipo de relación⁽²⁶⁾.

Aunque no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la característica sociodemográfica "color", varios estudios que evaluaron su influencia en la autonomía reproductiva sugieren que las mujeres negras tienen mayores limitaciones derivadas de las consecuencias del racismo estructural, e impacta en las decisiones reproductivas⁽¹²⁾.

Un estudio con mujeres negras arrojó como resultado menor autonomía en las subescalas "Ausencia de coerción" y "Comunicación"⁽¹⁷⁾ y otro realizado con mujeres quilombolas, entre las cuales el 64,7% se declararon negras, destacó la influencia de los factores sociodemográficos y reproductivos⁽¹¹⁾. Cabe señalar que sólo el 12,74% de las participantes en el presente estudio se declararon negras, lo que puede haber contribuido a la obtención de mejores resultados relacionados con la autonomía reproductiva.

En las variables embarazo y anticoncepción, las mujeres que nunca habían estado embarazadas (incluye

abortos) y que utilizaban anticonceptivos durante la pandemia de COVID-19 mostraron mayor autonomía reproductiva en la subescala "Comunicación" que las mujeres que ya habían quedado embarazadas (incluye abortos) y que no habían utilizado anticonceptivos. La comunicación en la pareja es esencial en todos los ámbitos de la reproducción, incluso en el aborto. Un estudio sobre la perspectiva masculina sobre el tema destaca las diferencias que hay en las relaciones entre géneros de distintas clases sociales y cómo la autonomía reproductiva de las mujeres implica una relación compleja con quienes las rodean, lo que puede generar diferentes participaciones de la pareja en la decisión de llevar el embarazo a término o de interrumpirlo⁽²⁷⁾.

Por lo tanto, el diálogo en la pareja es, también, fundamental para la anticoncepción. La capacidad de comunicarse con la pareja sexual trae beneficios evidentes y elementos importantes para la anticoncepción y la reducción de conductas de riesgo⁽²⁶⁾. Es importante considerar la presión masculina sobre las elecciones de anticoncepción y la autonomía de las mujeres⁽⁴⁾. Las variables embarazo y anticoncepción mostraron mayor autonomía reproductiva en el constructo "Ausencia de coerción" en mujeres que nunca habían estado embarazadas (incluye abortos) y que utilizaban anticonceptivos durante la pandemia de COVID-19.

El hecho de que la mayoría de las participantes utilice métodos anticonceptivos hormonales hace más de dos años, comprados con su propio dinero, y que no tengan dificultad para acceder a ellos, sugiere que tienen autonomía y empoderamiento sobre las decisiones reproductivas. Sin embargo, hay que considerar que la mayoría de las participantes tiene una posición privilegiada, ya que el nivel educativo, los ingresos y las condiciones de vivienda son factores que contribuyen al acceso a los anticonceptivos. Pero a pesar de que tiene gran acceso a métodos hormonales, esas mujeres no acceden frecuentemente a métodos a largo plazo.

Además, es importante señalar cómo la cultura del patriarcado y los juicios de la sociedad pueden afectar las elecciones de las mujeres con respecto a la decisión de vivir o no la maternidad, que se ven reforzadas por la imposición de lo que significa ser mujer y la visión de que las mujeres son las únicas responsables del hogar y de sus hijos⁽²⁸⁾. Por lo tanto, preservar el derecho a acceder a la anticoncepción contribuye a la reducción de embarazos no planificados y tiene un profundo impacto en la vida y la autonomía reproductiva de las mujeres⁽¹⁰⁾.

Aún, la discontinuidad de los servicios de salud y el acceso reducido a métodos anticonceptivos durante las restricciones de la pandemia de COVID-19 pueden causar repercusiones negativas en la salud de las mujeres⁽¹⁰⁾.

Las limitaciones al acceso a información, servicios y anticonceptivos no contribuyen a lograr la autonomía de las mujeres⁽⁸⁾.

Cabe señalar que la decisión compartida entre la mujer y el profesional de la salud puede favorecer la elección calificada y la adherencia efectiva a los anticonceptivos, cuando se realiza a través de la acogida, respetando la autonomía y las preferencias de la mujer⁽²⁹⁾. En este caso, si bien el presente estudio no identificó una diferencia estadísticamente significativa en la variable asesoramiento reproductivo, cabe destacar la importancia que tiene la planificación reproductiva, ya que el 67,20% de las participantes no acudió a un servicio o atención profesional para tal fin durante el Pandemia de COVID-19, lo que puede generar riesgos, como embarazos no planificados y baja adherencia a los métodos anticonceptivos más efectivos y de larga duración.

El estudio tuvo limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra, dado que el 22% de los instrumentos recolectados fueron excluidos por mala cumplimentación (duplicidad, respuesta incompatible con la pregunta y falta de contacto para enviar el FCLI) e instrumentos incompletos, a pesar del alto nivel educativo de las participantes. El uso del cuestionario y de la Escala *online*, publicados en redes sociales que requieren acceso a internet, puede haber dificultado la participación de mujeres con bajos niveles educativos e ingresos. Además, el perfil de las participantes del estudio puede no representar la realidad de la población general.

El uso de un instrumento *online* favorece el acceso a mujeres que viven en zonas de difícil acceso y permite un mayor alcance en los municipios, considerando también las restricciones de movilidad experimentadas durante la pandemia de COVID-19.

Los resultados del estudio contribuyen a dilucidar la autonomía de las mujeres durante la pandemia y la relación con sus parejas sexuales, además, a compararla con factores sociodemográficos y reproductivos, lo que sirve de base para la creación y mejora de políticas públicas dirigidas a controlar dichos factores.

Los aportes de este estudio están dirigidos a los profesionales de la salud que tienen mayor contacto con la población, como es el caso de los enfermeros, especialmente aquellos que realizan planificación reproductiva. También es de interés para otros profesionales y áreas más allá de la salud, con el fin de cambiar la cultura de responsabilizar exclusivamente a las mujeres de la anticoncepción, así como también de planificar acciones estratégicas para incluir alianzas en este proceso.

Conclusión

Este estudio evaluó la autonomía reproductiva de las mujeres durante la pandemia de COVID-19. Según los datos obtenidos, no tener pareja sexual (soltera, viuda y divorciada) influyó positivamente en la autonomía para tomar decisiones reproductivas durante la pandemia de COVID-19, sin embargo, este mismo grupo presentó menos autonomía reproductiva total en la subescala "Toma de decisiones". Las mujeres que pertenecían a la menor franja etaria, residían en la capital del estado, tenían mayor educación, nunca habían estado embarazadas y utilizaban anticonceptivos durante la pandemia de COVID-19, presentaron mayor autonomía en ausencia de coerción y comunicación.

Sentirse cómoda hablando con su pareja sexual sobre temas sexuales y reproductivos puede influir en la autonomía de la mujer. Las mujeres de este estudio tuvieron un puntaje medio alto de autonomía reproductiva total. La Escala de Autonomía Reproductiva - versión brasileña contribuyó a comprender las intenciones reproductivas de las mujeres participantes y permitió identificar los grupos que necesitan mayor atención y proponer intervenciones en salud sexual y reproductiva.

Referencias

1. Cruz NS. Interference in women's reproductive autonomy under the view of gender inequality. *Rev Dir Sex*. 2020;1(2):26-81. <https://doi.org/10.9771/revdirsex.v1i2.42214>
2. Ferreira HLOC, Barbosa DFF, Aragão VM, Oliveira TMF, Castro RCMB, Aquino PS, et al. Social determinants of health and their influence on the choice of birth control methods. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1044-51. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>
3. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. *Cien Saude Colet*. 2021;26(2):3493-504. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
4. Silva MP, Eberhardt ES, Rodrigues JVC, Bendl AL, Cardoso LCS. Factors that interfere in the choice of contraceptive method in family planning. *Saude Desenvolv Hum*. 2021;9(1):1-8. <https://doi.org/10.18316/sdh.v9i1.7236>
5. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel->

- coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-contraception-and-family-planning
6. Santos IN, Carvalho JSN, Vila CMLN, Dias ACS. Reproductive autonomy among women: an integrative literature review. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2022;96(37):1-15. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1285>
 7. Costa NNG, Servo MLS, Figueredo WN. COVID-19 and the occupational stress experienced by health professionals in the hospital context: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Supl 1):e20200859. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0859>
 8. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, et al. Women are most affected by pandemics: lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02006-z>
 9. Ferreira-Filho ES, Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simões RS, Soares-Júnior JM, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13(6):615-22. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1782738>
 10. Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger LJ. Contraception in the era of COVID-19. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8(2):166-8. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00119>
 11. Fernandes ETBS, Ferreira SL, Ferreira CSB, Santos EA. Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Supl 4):e20190786. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>
 12. Dias ACS, Ferreira SL, Gusmão MEN, Marques GCM. Influence of the sociodemographic and reproductive characteristics on reproductive autonomy among women. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200103. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0103>
 13. Loll D, Fleming PJ, Stephenson R, King EJ, Morhe E, Manu A, et al. Factors associated with reproductive autonomy in Ghana. *Cult Health Sex*. 2021;23(3):349-66. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1710567>
 14. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). Macrorregiões e Regiões de Saúde [Homepage]. Brasília: CONASEMS; 2023 [cited 2024 Mar 08]. Available from: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/13_macrorregioes-e-regioes-de-saude
 15. Brazilian Market Research Association. Brazilian Criteria 2022 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
 16. Fernandes ET, Dias AC, Ferreira SL, Marques GC, Pereira CO. Cultural and reliable adaptation of the Reproductive Autonomy Scale for women in Brazil. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):298-304. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900041>
 17. Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Stud Fam Plann*. 2014;45(1):19-41. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>
 18. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Guia sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante a pandemia da COVID-19: contracepção, aborto legal, gestação, parto e pós-parto [Internet]. São Paulo: NUDEM; 2020 [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://biblioteca.cofen.gov.br/guia-direitos-sexuais-reprodutivos-mulheres-pandemia-covid-19/>
 19. Governo do Estado de Alagoas. Informe epidemiológico: monitoramento da emergência COVID-19 nº 475 [Internet]. Alagoas: CIEVS; 2021 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Informe-Epidemiol%C3%B3gico-COVID-19-n%C2%BA-475-24-06-2021.pdf>
 20. Governo do Estado de Alagoas. Informe epidemiológico: monitoramento da emergência COVID-19 nº 634 [Internet]. Alagoas: CIEVS; 2021 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Epidemiol%C3%B3gico-COVID-19-n%C2%BA-634-30-11-2021.pdf>
 21. Governo do Estado de Alagoas. Nota Informativa SUVISA nº 67/2021 [Internet]. Alagoas: SESA; 2021 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Nota-Informativa-no-67-2021-Nova-metodologia-para-distribuicao-de-doses-de-vacinas-contra-a-COVID-19-e-detalhamento-da-33a-remessa.pdf>
 22. Governo do Estado de Alagoas. Decreto nº 76.147, de 21 de outubro de 2021. Dispõe sobre a classificação do estado de Alagoas conforme o plano de distanciamento social controlado, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial Estado de Alagoas. 2021 [cited 2022 Dec 28];1683:4-6. Available from: <https://www.imprensaoficial.al.gov.br/storage/files/diary/2021/10/DOEAL-2021-10-22-COMPLETO-Bi2iJl6fVF1eDYFwCrSLq-cuTwdcAi7Vu5W6Tby8AE-0-XxIyRATC.pdf>
 23. Osamor P, Grady C. Factors associated with women's health care decision-making autonomy: empirical evidence from Nigeria. *J Biosoc Sci*. 2018;50(1):70-85. <https://doi.org/10.1017/s0021932017000037>
 24. Ferrari W, Peres S, Nascimento M. Experiment and learning in the affective and sexual life of young women from a favela in Rio de Janeiro, Brazil, with experience of clandestine abortion. *Cien Saude Colet*. 2018;23(9):2937-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.11312018>

25. Felisbino-Mendes MS, Araújo FG, Oliveira LVA, Vasconcelos NM, Vieira MLFP, Malta DC. Sexual behaviors and condom use in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(Supl 2):e210018. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210018.supl.2>
26. Santos MJO, Ferreira MMC, Ferreira EMS. Sexual and reproductive health risk behaviours: higher education students' perceptions. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(6):e20210712. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0712>
27. Brandão ER, Cabral CS, Azize RL, Heilborn ML. Young men and abortion: the male perspective on unplanned pregnancies. *Cad Saude Publica.* 2020;36(Supl 1):e00187218. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00187218>
28. Hidasi SZ, Gonzaga ATS. A visão de mulheres que escolheram não ter filhos: um estudo psicossocial. *Psicol Soc [Internet].* 2022 [cited 2022 Nov 12];3:10-21. Available from: <https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/article/view/179>
29. Silva RR, Silva JA Filho, Lima ER, Belém JM, Pereira RS, Oliveira CAN. Woman-centered shared decision-making to promote contraceptive counseling: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210104. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0104>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva. **Obtención de datos:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva. **Análisis e interpretación de los datos:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França. **Análisis estadístico:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França. **Redacción del manuscrito:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 10.07.2023
Aceptado: 11.08.2024

Editora Asociada:
Aline Aparecida Monroe

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Carolyne Souza de Moura Barbosa
E-mail: carolynesouzamb@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-5188-8092>