

Autonomia reprodutiva de mulheres durante a pandemia da COVID-19: um estudo 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>

Destaques: (1) Observou-se um alto escore de autonomia reprodutiva mesmo durante a pandemia. (2) Não possuir parceiro fixo influenciou positivamente a tomada de decisão reprodutiva. (3) Mulheres da capital, de menor faixa etária e menor escolaridade, possuem menor coerção. (4) Ser nuligesta e utilizar contracepção apresentam menor coerção e melhor comunicação. (5) A utilização de instrumento online durante a pandemia ampliou o alcance às mulheres.

Objetivo: analisar a autonomia reprodutiva das mulheres durante a pandemia da COVID-19, segundo fatores sociodemográficos, clínicos e reprodutivos. **Método:** estudo quantitativo com delineamento transversal, realizado com 314 mulheres de 18 a 49 anos. As informações foram obtidas por meio de questionário *online* contendo dados sociodemográficos, clínicos e reprodutivos e da Escala de Autonomia Reprodutiva. Foram utilizados os testes Mann-Whitney e t de Student para comparação entre as variáveis. **Resultados:** verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de “tomada de decisão” e estado conjugal ($p = <0,001$); e “ausência de coerção” e “comunicação” com faixa etária ($p = 0,03$ e $<0,001$), residência ($p = <0,001$ e $<0,01$), escolaridade ($p = 0,02$ e $0,02$), gestação ($p = <0,001$ e $0,04$) e contracepção ($p = 0,02$ e $<0,001$). **Conclusão:** não ter parceria sexual influenciou positivamente na autonomia para tomada de decisão reprodutiva durante a pandemia da COVID-19. Mulheres de menor faixa etária, residentes na capital, com maior escolaridade, que nunca gestaram e que utilizaram contraceptivos durante a pandemia apresentaram maior autonomia para ausência de coerção e comunicação. Foi possível identificar os grupos que necessitam de maior atenção e intervenções que contribuam para sua saúde sexual e escolhas reprodutivas.

Descritores: Autonomia Pessoal; Comportamento Reprodutivo; Saúde da Mulher; Anticoncepcionais; Planejamento Familiar; COVID-19.

* Apoio financeiro da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil.

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

² Bolsista da 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.

Como citar este artigo

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>

ano mês dia

Introdução

Os direitos reprodutivos das mulheres foram conquistados após mobilizações sociais e feministas que se iniciaram na década de 60, transformando a sexualidade e beneficiando a conformação social das mesmas. Entretanto, apesar de suas vitórias, os limites impostos pela desigualdade de gênero persistem no cotidiano feminino e continuam interferindo na autonomia reprodutiva dessas mulheres⁽¹⁾.

Garantir a autonomia reprodutiva é uma tarefa complexa, que envolve múltiplos fatores, considerando o contexto de vida e as necessidades individuais das mulheres, fatores socioeconômicos e demográficos, como idade, moradia, anos de escolaridade, religião, estado conjugal, cor, entre outros condicionantes e determinantes de saúde⁽²⁻³⁾.

A diferença entre os gêneros também pode influenciar na escolha ou não por contracepção, considerando o maior conhecimento das mulheres sobre métodos contraceptivos disponíveis e a forte influência masculina no planejamento reprodutivo⁽⁴⁾. Deve ser considerado o contexto de vida ante a escolha por contracepção, a participação da parceria nesse processo e a emancipação e autonomia reprodutiva das mulheres⁽²⁾.

Evidencia-se a importância e a liberdade de escolha por contracepção moderna para as mulheres e suas parcerias sexuais, caso seja aceitável e seguro dentro de suas particularidades clínicas investigadas em consulta com um profissional da saúde. Para aquelas que não desejam engravidar, devem iniciar ou continuar o método contraceptivo de escolha, garantindo assim seu direito e sua saúde sexual e reprodutiva⁽⁵⁾. A autonomia reprodutiva fornece o pleno direito da mulher como protagonista de suas escolhas contraceptivas, seja para ter ou não ter filhos e usar ou não usar contracepção⁽⁶⁾.

A pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), especialmente no período de 2020 a 2021, proporcionou muitas restrições à população devido à necessidade de prevenção e redução da propagação da infecção, por meio do isolamento social. As restrições também impactaram na redução dos profissionais de saúde, além de gerar adoecimento e estresse ocupacional, refletindo na qualidade e resolutividade dos serviços de saúde⁽⁷⁾.

No âmbito do planejamento reprodutivo, o distanciamento físico, o trabalho em casa e as restrições de atividades não essenciais dificultaram o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Isso pode ter afetado os direitos e autonomia das mulheres, tornando-as mais propensas a gravidezes não planejadas⁽⁸⁻⁹⁾.

O acesso à contracepção impacta positivamente na vida, na saúde e no bem-estar de mulheres e suas famílias, além de reduzir gravidez não planejada⁽¹⁰⁾. A autonomia

reprodutiva das mulheres brasileiras apresenta-se como de médio⁽¹¹⁾ a alto nível⁽¹²⁾, porém, dificuldades ainda são enfrentadas no que tange aos fatores socioeconômicos e à atuação do parceiro no processo de decisão reprodutiva. Assim, o papel de gênero e poder nas decisões são lacunas que necessitam de maiores discussões⁽⁶⁾, bem como os fatores socioeconômicos e culturais, os quais são apontados com o mesmo grau de importância e influência, segundo estudo realizado em um país em desenvolvimento que teve como foco adolescentes e mulheres, cuja presença do estigma foi salientada como elemento a ser aprofundado⁽¹³⁾, sendo esta uma lacuna em estudos com mulheres brasileiras.

A violação dos direitos reprodutivos e as imposições sociais comprometem a autonomia e podem dificultar o alcance dos objetivos reprodutivos de mulheres brasileiras⁽¹¹⁾. Assim, a escolha por esse tema foi motivada pela chance de refletir sobre a autonomia reprodutiva das mulheres durante a pandemia da COVID-19, considerando também as mudanças geradas por esse período e a influência dos determinantes sociais da saúde.

O presente estudo visa contribuir para uma melhor compreensão acerca da autonomia reprodutiva e se esta foi preservada durante a pandemia da COVID-19. Dessa forma, seu objetivo foi analisar a autonomia reprodutiva das mulheres durante a pandemia da COVID-19, segundo fatores sociodemográficos, clínicos e reprodutivos.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal.

Cenário

O estudo foi realizado abrangendo o estado de Alagoas, Brasil. Localizado na região nordeste e composto por 102 municípios, Alagoas contém uma população estimada de 3.365.351 habitantes, sendo dividido em duas macrorregiões de saúde. A primeira macrorregião compreende da primeira até a sexta região sanitária, totalizando 57 municípios (2.276.293 habitantes), incluindo a capital Maceió. Por sua vez, a segunda macrorregião de saúde compreende da sétima até a décima região, totalizando 45 municípios (1.089.058 habitantes)⁽¹⁴⁾.

Período

A coleta de dados foi realizada durante o período de 24 de junho a 30 de novembro do ano de 2021.

População

A população do estudo foi composta por mulheres residentes do estado de Alagoas com idade entre 18 e 49 anos.

Critérios de seleção

Os critérios de inclusão foram: mulheres com 18 a 49 anos e que residiam no estado de Alagoas. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: mulheres cujos instrumentos de coleta de informações estavam incompletos, duplicados, bem como sem *e-mail* ou *WhatsApp*® para envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Definição da amostra

Para obtenção da amostra do estudo, foi realizada uma busca no departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre a população residente do estado de Alagoas, sendo: do sexo feminino, em idade fértil, por faixa etária detalhada de 18 a 49 anos, segundo a macrorregião de saúde e no período de 2010, ano do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A pesquisa contemplou um total de 777.970 mulheres, das quais 536.820 pertenciam à primeira macrorregião de saúde e 241.150 à segunda macrorregião de saúde. A partir disso, a amostra do estudo foi estimada por cálculo amostral, utilizando 5% de margem de erro e nível de confiança de 95%, resultando em um total de 384 participantes.

Após adoção dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídas um total de 314 mulheres, cujos instrumentos estavam completos, tendo como referência um estudo realizado no nordeste do Brasil⁽¹²⁾. Para minimizar o viés de amostra, foi utilizada a estratégia de divulgação direcionada para os municípios onde houve menos respondentes dos instrumentos para coleta de informações *online*. Salienta-se que, inicialmente, 404 mulheres participaram do estudo. Ao excluir os instrumentos incompletos (n=62), os respondidos pela mesma participante (n=12), aqueles com resposta incompatível à pergunta sobre a idade (n=14) e os sem *e-mail* ou *WhatsApp*® para envio do TCLE (n=2), obteve-se, ao final, uma amostra de 314 mulheres.

Variáveis do estudo

Os dados sociodemográficos, clínicos e reprodutivos foram coletados mediante 46 variáveis, sendo utilizados para caracterização das participantes. Dados

sociodemográficos: cidade, idade, cor (autodeclarada), parceria sexual atual, religião, renda mensal, escolaridade da participante e do chefe da família, se possui plano de saúde e se recebe auxílio governamental. Para auxiliar na análise dos dados, as alternativas da variável parceria sexual foram sintetizadas em dois grupos: sem parceria (solteiras, viúvas ou divorciadas) ou com parceria sexual (casadas ou em união estável).

Dentre as variáveis sociodemográficas, 15 foram adicionadas segundo o Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽¹⁵⁾ - que avalia a classificação econômica do Brasil - e são compostas por variáveis com opções de respostas: zero, um, dois, três e quatro ou mais. São elas: quantidade de banheiros, de empregadas domésticas mensalistas que trabalham permanentemente por cinco a mais dias por semana e de automóveis/carro para uso pessoal ou da família na residência em que a participante mora; número de microcomputadores, máquinas de lavar louça, lavar roupa e secar roupa, geladeiras, freezers, aparelhos de Disco Versátil Digital (DVD), micro-ondas e motocicletas na residência em que a participante mora; se existe água encanada e pavimentação na rua onde a participante mora.

Cada resposta (zero, um, dois, três e quatro ou mais), a depender da variável, corresponde a uma quantidade de pontos que variam de 0 a 14. Uma pontuação total é obtida através da soma dos pontos de cada variável, resultando em um corte do Critério Brasil conforme a renda média: classe A (R\$ 21.826,74) = 45 a 100 pontos; classe B1 (R\$ 10.361,48) = 38 a 44 pontos; classe B2 (R\$ 5.755,23) = 29 a 37 pontos; classe C1 (R\$ 3.276,76) = 23 a 28 pontos; classe C2 (R\$ 1.965,87) = 17 a 22 pontos; e classe DE (R\$ 900,60) = 0 a 16 pontos. A maior renda média corresponde à classe "A" e a menor à classe "DE", regredindo progressivamente⁽¹⁵⁾. As outras variáveis sociodemográficas foram elaboradas pelas próprias autoras, assim como as variáveis clínicas e reprodutivas.

Dados sobre condições clínicas: presença de dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo ou outras. Dados sobre questões reprodutivas: número de gestações, incluindo abortamentos; ter filhos, quantidade, intervalo de tempo e se ainda planeja ter filhos; planejamento das gestações; quais métodos contraceptivos conhece, quais já utilizou, quais utilizava antes da pandemia da COVID-19 e no momento da pesquisa, qual gostaria de utilizar, há quanto tempo utiliza o método contraceptivo atual; se frequentou algum serviço ou atendimento profissional de planejamento reprodutivo durante a pandemia (aconselhamento reprodutivo); de quem já recebeu orientação sobre métodos contraceptivos; forma de acesso, se paga pelo método contraceptivo e se o valor

interfere na renda; se acredita que devido à pandemia a escolha contraceptiva foi afetada; se antes da pandemia tinha dificuldades de acesso e se durante tem ou teve dificuldades; se interrompeu o método contraceptivo durante a pandemia e qual o motivo de ter interrompido.

A autonomia reprodutiva foi avaliada através da *Reproductive Autonomy Scale* traduzida, validada e adaptada para mulheres brasileiras⁽¹⁶⁾, com 14 variáveis e organizadas em três subescalas que serão apresentadas na seção dos instrumentos utilizados para coleta de informações.

Instrumentos utilizados para coleta de informações

Os dados foram obtidos por meio do questionário para avaliação dos dados sociodemográficos, clínicos e reprodutivos e da Escala de Autonomia Reprodutiva – versão brasileira⁽¹⁶⁾. O questionário é composto por 46 questões. A Escala de Autonomia Reprodutiva – versão brasileira⁽¹⁶⁾ é composta por 14 itens, organizados em três subescalas: tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação.

A subescala tomada de decisão é constituída por quatro perguntas sobre quem tem a palavra final diante das situações reprodutivas: (1) quem decide sobre você usar um método para evitar a gravidez; (2) quem decide sobre qual método você usaria para evitar a gravidez; (3) quem decide sobre quando ter um bebê em sua vida; (4) se você engravidasse, de forma não planejada, quem decidiria o que fazer – seja criar a criança, seja procurar por pais adotivos, seja fazer um aborto. Para essa subescala, uma pontuação é obtida conforme as respostas: meu parceiro sexual = 1 ponto; ambos, eu e meu parceiro sexual igualmente, = 2 pontos; eu = 3 pontos. As participantes são instruídas a pensar e responder como “parceiro sexual” o parceiro principal, o mais recente ou alguém da família que teria alguma influência na decisão, como os pais ou sogro (a)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A subescala ausência de coerção é formada por cinco questões referentes às situações de coerção sofrida pelas mulheres: (1) seu parceiro te impediu de usar um método para evitar a gravidez quando você queria usar um; (2) seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de um método para evitar a gravidez quando você queria usar um; (3) seu parceiro te fez usar algum método para evitar a gravidez quando você não queria utilizar um; (4) seu parceiro te impediria de usar um método para evitar a gravidez se você quisesse usar um; (5) seu parceiro te pressionou para engravidar⁽¹⁶⁾.

A subescala comunicação é composta por cinco afirmações referentes à capacidade de comunicação sobre o relacionamento sexual e as decisões reprodutivas: (1)

seu parceiro te apoiaria se você quisesse usar um método para evitar a gravidez; (2) é fácil falar sobre sexo com seu parceiro; (3) se você não quisesse ter relação sexual você poderia dizer para seu parceiro; (4) se você estivesse na dúvida em estar grávida ou não estar grávida, você poderia conversar com seu parceiro sobre isso; (5) se você realmente não quisesse ficar grávida você poderia convencer seu parceiro a não ter filho⁽¹⁶⁾.

Para a segunda e a terceira subescalas, as opções de resposta são do tipo Likert (eu discordo muito, eu discordo, eu concordo ou eu concordo muito), com pontuação de 1 a 4 pontos. Para a segunda subescala, é necessário inverter a pontuação dos itens para calcular o escore de ausência de coerção, pois todos os itens são teoricamente contrários à autonomia reprodutiva⁽¹⁶⁾.

Após a soma dos três escores das subescalas de autonomia reprodutiva, uma pontuação média é computada para a escala. Escores médios maiores indicam níveis mais altos de autonomia reprodutiva⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. O escore de autonomia reprodutiva total da escala varia de 1,00 a 4,00, sendo a média de 1,00 a 2,00 baixa autonomia, de 2,01 a 3,00 média autonomia e 3,01 a 4,00 alta autonomia⁽¹¹⁻¹²⁾.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada remotamente, devido à pandemia da COVID-19 e à possibilidade de alcançar mulheres em todos os municípios, por meio da ferramenta *Google Forms*, mediante convite aberto nas redes sociais *Instagram*® e *Facebook*®, *e-mail* e *WhatsApp*®. Foram elaborados *cards* de divulgação com informações em destaque para despertar o interesse das convidadas em continuar a leitura do texto anexado, contendo a apresentação das pesquisadoras, objetivo do estudo, população-alvo e direcionamento para o link dos instrumentos para coleta de informações.

O *Instagram*® permite o compartilhamento de fotos, vídeos e mensagens. Além do uso das contas pessoais das pesquisadoras, foi criado um perfil específico para divulgação e convite das participantes. Os meios utilizados foram o *story*, publicação no *feed* e contato via *Direct*. Além disso, para chegar ao máximo de mulheres, foi realizado o contato via *Direct* com perfis ativos, com número relevante de seguidores, público-alvo e conteúdo direcionado para moradores dos diversos municípios alagoanos. Como, também, o contato pelo *WhatsApp*® com os administradores dos perfis que tinham disponíveis os números na biografia do *Instagram*®.

A divulgação no *Facebook*® foi realizada nas contas pessoais das pesquisadoras, com compartilhamentos dos *cards* e textos anexos. Foi utilizado o *e-mail*

institucional, pois dava acesso facilitado aos diversos *e-mails* de discentes e docentes, conhecidos ou não, da universidade de estudo e trabalho das pesquisadoras. O *WhatsApp*® é um aplicativo utilizado com a mesma finalidade do *Instagram*®, com divulgações via *chat* em grupos e mensagens individuais.

Ressalta-se que todas as redes sociais foram utilizadas para divulgação diária durante o período de coleta de dados, além da mensagem adicional solicitando o compartilhamento do conteúdo recebido. Não houve distinção de gênero nos envios, junto ao texto de divulgação havia a mensagem sobre a importância de compartilhar com uma mulher que se encaixasse nos critérios, caso não fizesse parte do público-alvo. No último mês de coleta de dados, os convites foram direcionados para os municípios onde houve menos respondentes dos instrumentos para coleta de informações.

O preenchimento *online* do questionário para avaliação dos dados sociodemográficos, clínicos e reprodutivos e da Escala de Autonomia Reprodutiva — versão brasileira⁽¹⁶⁾ foi realizado em dias e horários segundo a disponibilidade das participantes. Por meio do convite aberto, ao acessarem o *link* do *Google Forms*, as participantes fizeram a leitura e tomaram ciência da natureza de toda a pesquisa. Concordaram em participar do estudo ao clicar no botão “EU CONCORDO” do TCLE, encaminhado individualmente, com uma cópia das respostas, para o *e-mail* ou para o número de *WhatsApp*® disponibilizado no início do instrumento de coleta, para arquivamento e/ou impressão dos documentos.

Logo após, as participantes respondiam aos instrumentos para coleta de informações da pesquisa. O tempo de resposta foi, em média, de quinze a vinte minutos. Em caso de dúvidas, era possível saná-las, contactando as pesquisadoras por *e-mail*. Foi utilizada a técnica não probabilística para o recrutamento das participantes, onde eram incluídas enquanto aceitavam participar do estudo e posteriormente passar pelos critérios de exclusão.

Tratamento e análise dos dados

Os dados foram importados para a *Microsoft Excel* para *Windows*, para organização dos dados e expressar os resultados das médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo, com aplicação de estatística descritiva. Para a comparação das médias dos domínios da Escala de Autonomia Reprodutiva — versão brasileira entre os grupos, foram utilizados o teste de Mann-Whitney para dados com distribuição não paramétrica e o teste t de Student para dados com distribuição paramétrica. A normalidade dos dados foi analisada por meio do teste

Shapiro-Wilk, enquanto a homocedasticidade, pelo teste de Levene. Foi considerado como nível de significância o valor de $p < 0,05$. As análises foram realizadas no *Jeffreys's Amazing Statistics Program* (JASP) versão 0.16.1.

Aspectos éticos

O estudo respeitou todos os aspectos éticos em consonância à Resolução n.º 466 de 2012 e Resolução n.º 510 de 2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A pesquisa foi aprovada sob o parecer 4.794.176 em 21 de junho de 2021. Para esclarecimentos de dúvidas sobre a temática, foi disponibilizado um link ao se concluir o preenchimento das informações, o qual redireciona a participante para um guia sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres Durante a Pandemia da COVID-19. Este foi elaborado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo e pelo Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), que contém orientações sobre contracepção, aborto legal, gestação, parto e pós-parto⁽¹⁸⁾.

Resultados

Foram avaliadas as características sociodemográficas, clínicas e reprodutivas das participantes do estudo ($n=314$). A análise das características sociodemográficas mostrou que a idade média das mulheres foi de 27,2 anos. Além disso, 87,26% ($n=186$) moravam na capital de Alagoas; 87,26% ($n=274$) se autodeclararam não pretas, ou seja, 37,58% ($n=118$) se autodeclararam como brancas, 46,18% ($n=145$) pardas, 3,18% ($n=10$) amarelas ou 0,32% ($n=1$) indígenas; 12,74% ($n=40$) se autodeclararam pretas; e 85,03% ($n=267$) das mulheres possuíam religião.

A maioria da amostra do estudo foi constituída por mulheres sem parceria sexual, ou seja, solteiras, viúvas e divorciadas, totalizando 64,97% ($n=204$). Identificou-se que 98,41% ($n=309$) possuía mais de oito anos de estudo; e 54,78% ($n=172$) da amostra possuía renda mensal maior que um salário mínimo, sendo 25,16% ($n=79$) até dois salários, 18,79% ($n=59$) entre três e cinco salários e 10,83% ($n=34$) mais de cinco salários, restando 45,22% ($n=142$) das mulheres que possuíam renda de até um salário mínimo. Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil⁽¹²⁾, 32,80% ($n=103$) das mulheres pertenciam à classe “B2” (média R\$ 5.755,23), seguida da classe “C1” (média R\$ 3.276,76) com 19,11% ($n=60$). A minoria é pertencente à classe “A” (média R\$ 21.826,74) com 6,69% ($n=21$) e à classe “DE” (média R\$ 900,60) com 7,32% ($n=23$).

Dentre as condições clínicas que 21,19% (n=68) das mulheres referiram, 0,94% (n=03) possuía dislipidemia; 3,43% (n=11), hipertensão arterial; 0,31% (n=01), diabetes; 4,98% (n=16), obesidade; 7,17% (n=23), sedentarismo; 0,94% (n=03), tabagismo e 3,43% (n=11) outras condições. Portanto, 78,82% (n=253) das mulheres negaram possuir qualquer alteração clínica.

Quanto às características reprodutivas, 64,65% (n=203) das participantes nunca estiveram grávidas (incluindo abortamento); 20,70% (n=65) das que já engravidaram referiram gravidez não planejada; e 81,53% (n=256) usaram métodos contraceptivos durante a pandemia da COVID-19.

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres durante a pandemia foram os hormonais, com 60,51% (n=190) de uso, seguidos de 41,72% (n=131) dos métodos de barreira e 28,98% (n=91) dos

comportamentais. Salienta-se que 45,22% (n=142) das participantes utilizavam seu método contraceptivo há mais de dois anos. A maioria das participantes do estudo não interrompeu o uso do contraceptivo durante a pandemia da COVID-19, totalizando 74,52% (n=234) da amostra.

Além disso, 61,47% (n=193) das mulheres tiveram acesso ao contraceptivo por meio da compra com dinheiro próprio e 87,26% (n=274) não tiveram dificuldade de acesso durante a pandemia. Porém, 67,20% (n=211) das mulheres não frequentaram um serviço ou atendimento profissional de planejamento reprodutivo durante a pandemia da COVID-19.

As médias, desvios-padrão e pontuações mínimas e máximas dos domínios de autonomia reprodutiva estão apresentados na Tabela 1. A maior autonomia foi observada nos constructos "Ausência de coerção" e "Comunicação" e menor autonomia em "Tomada de decisão".

Tabela 1 – Escores de autonomia reprodutiva das participantes do estudo, de acordo com cada domínio da Escala de Autonomia Reprodutiva (N* = 314). Maceió, AL, Brasil, 2021

Fator (subescala)	Média	Desvio-padrão	Mínimo - máximo
Tomada de decisão	2,65	0,51	1,00 - 3,00
Ausência de coerção	3,63	0,66	1,00 - 4,00
Comunicação	3,41	0,75	1,00 - 4,00
Total	3,27	0,77	1,00 - 4,00

*N = Número total de participantes

Foram analisados os escores médios de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas e reprodutivas das participantes do estudo, conforme apresentado na Tabela 2. Foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de

"Ausência de coerção" e "Comunicação" com faixa etária. Segundo as análises, as mulheres que tinham idade de 18 a 35 anos apresentaram maior autonomia em ambos os escores, quando comparadas às mulheres com idade maior que 35 anos.

Tabela 2 – Comparação entre os escores médios de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas e reprodutivas das participantes do estudo (N* = 314). Maceió, AL, Brasil, 2021

Variáveis	Tomada de decisão	Ausência de coerção	Comunicação
Faixa etária (anos)			
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†
Residência			
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†
Cor autodeclarada			
Pretas	2,73±0,34	3,56±0,57	3,40±0,43
Não pretas	2,64±0,36	3,64±0,55	3,41±0,53
Valor de p	0,11	0,30	0,60

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variáveis	Tomada de decisão	Ausência de coerção	Comunicação
Religião			
Com religião	2,64±0,36	3,61±0,55	3,39±0,53
Sem religião	2,72±0,35	3,69±0,54	3,51±0,44
Valor de <i>p</i>	0,07	0,23	0,21
Parceria sexual atual			
Com parceria sexual	2,54±0,38	3,64±0,52	3,41±0,58
Sem parceria sexual	2,71±0,33	3,62±0,57	3,41±0,49
Valor de <i>p</i>	<0,001	0,96	0,56
Renda			
Até 1 salário mínimo [†]	2,66±0,37	3,58±0,59	3,35±0,50
> 1 salário mínimo [†]	2,64±0,34	3,67±0,51	3,46±0,54
Valor de <i>p</i>	0,36	0,31	0,08
Escolaridade			
Até 8 anos de estudo	2,75±0,43	2,92±0,81	2,72±0,77
> 8 anos de estudo	2,65±0,36	3,64±0,54	3,42±0,51
Valor de <i>p</i>	0,38	0,02	0,02
Gestação			
Não	2,65±0,35	3,70±0,49	3,46±0,50
Sim	2,66±0,38	3,49±0,63	3,33±0,55
Valor de <i>p</i>	0,56	<0,001 [†]	0,04 [†]
Contracepção			
Não	2,68±0,39	3,51±0,56	3,14±0,63
Sim	2,65±0,35	3,65±0,55	3,47±0,47
Valor de <i>p</i>	0,31	0,02 [†]	<0,001
Aconselhamento reprodutivo			
Não	2,66±0,36	3,62±0,56	3,37±0,55
Sim	2,62±0,35	3,63±0,53	3,50±0,45
Valor de <i>p</i>	0,22	0,93	0,09

Os valores são expressos como média ± desvio-padrão; *N = Número total de participantes; [†]Teste t de Student; [‡]O salário mínimo na coleta de dados foi de R\$ 1.100,00, Brasil, 2021

Diferença estatisticamente significativa entre os escores médios "Ausência de coerção" e "Comunicação" com residência também foi verificada. As análises mostraram que as participantes que moravam na capital de Alagoas apresentaram maior autonomia reprodutiva quando comparadas às mulheres que moram no interior.

Quanto às características sociodemográficas, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o escore médio de "Tomada de decisão" e a parceria sexual atual. As análises mostraram que mulheres que não tinham parceria (solteiras, viúvas e divorciadas) apresentaram maior autonomia no constructo "Tomada de decisão" quando comparadas ao grupo de participantes com parceria sexual (casadas e em união estável).

Foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os escores médios "Ausência de coerção" e "Comunicação" com escolaridade. Segundo as análises, as participantes com mais de oito anos de estudo apresentaram maior autonomia nos constructos "Ausência de coerção" e "Comunicação", comparadas com as participantes com até oito anos de estudo.

Quanto às características reprodutivas, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de "Ausência de coerção" e "Comunicação" com gestação e contracepção. Segundo as análises, mulheres que nunca estiveram grávidas (incluindo abortamento) e que utilizaram métodos contraceptivos durante a pandemia da COVID-19 apresentaram maior autonomia reprodutiva,

em relação às mulheres que já engravidaram (incluindo abortamento) e que não utilizaram contraceptivos.

Discussão

Durante o período de coleta de dados, a pandemia da COVID-19 permanecia em curso no Brasil. Em Alagoas, o número de casos confirmados e óbitos estava em progressão e com taxa de incidência de 6,3% em junho e 7,2% em novembro de 2021⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Por outro lado, havia flexibilização e vacinação para maiores de 18 anos, a partir do mês de agosto de 2021⁽²¹⁾, além do retorno gradativo do acesso aos estabelecimentos, mediante capacidade de ocupação de pessoas e comprovação vacinal⁽²²⁾. Para além das implicações da pandemia da COVID-19, deve-se considerar que as dificuldades e os desafios das mulheres em exercer o pleno direito da autonomia reprodutiva dependem dos vários fatores associados à prática, como o contexto sociodemográfico e reprodutivo⁽⁶⁾.

As mulheres deste estudo apresentaram um escore médio alto de autonomia reprodutiva total. A maior autonomia foi observada nos constructos "Ausência de coerção" e "Comunicação" e a menor autonomia em "Tomada de decisão". Diferente de outros estudos brasileiros que apresentaram maior autonomia em "Tomada de decisão"⁽¹¹⁾ e menor autonomia em "Comunicação"⁽¹²⁾. Por outro lado, foi semelhante ao estudo com norte-americanas que também indicou menor autonomia no constructo "Tomada de decisão"⁽¹⁷⁾.

É sabido que os fatores sociodemográficos contribuem para a autonomia reprodutiva das mulheres⁽⁶⁾. No que se refere à subescala "Tomada de decisão" e à variável parceria sexual atual, observou-se neste estudo que as mulheres que não têm parceria sexual (solteiras, viúvas e divorciadas) apresentaram maior autonomia reprodutiva, achado que se repete no estudo com quilombolas brasileiras⁽¹¹⁾ e difere do estudo realizado com trabalhadoras rurais brasileiras⁽¹²⁾. Além dessas, uma pesquisa realizada com nigerianas mostrou que a maioria das mulheres participantes teve decisões de saúde tomadas pelo companheiro, tendo como fatores associados o índice de riqueza e a escolaridade⁽²³⁾. Mulheres têm suas intenções reprodutivas influenciadas pelo relacionamento com sua parceria sexual, pela interferência da parceria na contracepção e coerção reprodutiva sofrida, revelando submissão às decisões da parceria, fortalecidas pelo patriarcado e aspectos culturais que as cercam⁽¹⁷⁾. A coerção e a pressão masculina reforçam a hierarquia de gênero e estão presentes desde a sexarca, na qual a mulher se encontra na fase de construção da autonomia sexual⁽²⁴⁾. Em sua maioria, a submissão das decisões femininas está relacionada ao número de filhos do casal

e à dependência financeira, apesar de a responsabilidade contraceptiva ser voltada à mulher⁽⁴⁾.

A variável faixa etária demonstrou que mulheres de 18 a 35 anos apresentam maior autonomia reprodutiva no constructo "Ausência de coerção" e "Comunicação", comparado às mulheres com mais de 35 anos, similar ao estudo que validou a escala de autonomia reprodutiva, onde apontou esse dado em mulheres jovens⁽¹⁷⁾. Por se tratar de uma amostra com mulheres com idade média de 27,2 anos, a capacidade de comunicação entre casais mais jovens pode ser mais efetiva nas decisões reprodutivas, refletindo em maior autonomia reprodutiva.

Outrossim, a sexarca cada vez mais precoce, a confiança na parceria como condição para uso do preservativo e os riscos da população mais vulnerabilizada para gestações não planejadas são fatores que podem acarretar consequências a longo prazo na saúde sexual e reprodutiva da população mais jovem⁽²⁵⁾. Por outro lado, mulheres sexualmente ativas que não utilizam métodos contraceptivos apresentam como motivo principal não querer ou não se importar em engravidar, ao mesmo tempo, em que mulheres jovens realizam mais dupla proteção⁽³⁾.

Quanto à variável residência, as participantes do estudo que moravam na capital do estado de Alagoas demonstraram maior autonomia reprodutiva nos constructos "Ausência de coerção" e "Comunicação", quando comparadas às mulheres moradoras no interior do estado. Em consonância, um estudo realizado no Brasil com mulheres da zona rural evidenciou as dificuldades das mulheres em alcançar seu objetivo reprodutivo devido aos seus determinantes sociais⁽¹²⁾. Isso pode estar relacionado ao acesso à informação para mulheres com menores condições de renda, escolaridade e moradia. As consequências de fatores sociodemográficos desfavoráveis somados à dificuldade de comunicação com as parcerias e coerção sofrida podem gerar consequências para a saúde e vida das mulheres, impossibilitando o desenvolvimento da autonomia reprodutiva. Em acordo, estudo feito com adolescentes da favela do Rio de Janeiro mostrou que o desrespeito e o silenciamento das escolhas sexuais e reprodutivas das mulheres em situação de maior vulnerabilidade podem gerar gravidez não planejada e aborto inseguro⁽²⁴⁾.

No tocante à variável escolaridade, as mulheres com mais de oito anos de estudo demonstraram maior autonomia reprodutiva nos constructos "Ausência de coerção" e "Comunicação", comparadas com as mulheres com menos de oito anos de estudo. O estudo realizado na Nigéria mostrou que quanto maior o nível de escolaridade, maior a capacidade da mulher de tomar suas próprias decisões em saúde sem interferência da parceria sexual ou decisão conjunta⁽²³⁾.

O conhecimento sobre contracepção e reprodução obtido a partir do alto nível de escolaridade da maioria das participantes pode ter contribuído para a comunicação efetiva com as parcerias para alcance dos objetivos reprodutivos, visto que ao homem é dado o valor social de tomada de decisão. Vale destacar que a baixa escolaridade e consequente falta de conhecimento da mulher contribuem com a hierarquia de gênero e valia da decisão masculina⁽²³⁾.

A autonomia na subescala "Comunicação" se repete em outros estudos^(12-13,17), evidenciando que a comunicação facilitada com a parceria sexual contribui nas decisões reprodutivas. A dificuldade em impor a vontade à parceria para a recusa da prática sexual ou solicitação do uso do preservativo podem afetar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres⁽²⁴⁾. O nível de confiança na parceria é fator essencial para o uso de preservativo regularmente e influencia os comportamentos sexuais de risco, sendo motivado pelo tempo e tipo de relacionamento⁽²⁶⁾.

Embora não tenha sido verificada diferença estatisticamente significativa entre a característica sociodemográfica "cor", vários estudos que avaliaram sua influência na autonomia reprodutiva sugerem que mulheres pretas possuem maiores limitações advindas das consequências do racismo estrutural, impactando nas decisões reprodutivas⁽¹²⁾.

Estudo com mulheres negras mostrou menor autonomia nas subescalas "Ausência de coerção" e "Comunicação"⁽¹⁷⁾ e outro realizado com mulheres quilombolas, dentre as quais 64,7% se autodeclararam pretas, destacou a influência dos fatores sociodemográficos e reprodutivos⁽¹¹⁾. Vale salientar que apenas 12,74% das participantes do presente estudo se autodeclararam pretas, o que pode ter contribuído para resultados mais bem relacionados à autonomia reprodutiva.

Nas variáveis gestação e contracepção, mulheres que nunca estiveram grávidas (incluindo abortamento) e que utilizaram contraceptivos durante a pandemia da COVID-19 apresentaram maior autonomia reprodutiva na subescala "Comunicação", em relação às mulheres que já engravidaram (incluindo abortamento) e que não utilizaram contraceptivos. A comunicação entre o casal é essencial em todas as esferas da reprodução, incluindo o abortamento. Um estudo sobre a perspectiva masculina frente ao assunto evidencia as diferenças nas relações entre gêneros de diferentes classes sociais e como a autonomia reprodutiva das mulheres envolve uma complexa relação com aqueles que as cercam, podendo gerar diferentes participações da parceria na decisão pela gestação a termo ou interrupção⁽²⁷⁾.

Sendo assim, o diálogo entre casais é, da mesma forma, fundamental para a contracepção. A capacidade de comunicação com a parceria sexual é um benefício percebido e elemento importante na contracepção e redução dos comportamentos de risco⁽²⁶⁾. É importante considerar a pressão masculina nas escolhas contraceptivas e autonomia das mulheres⁽⁴⁾. As variáveis gestação e contracepção evidenciaram maior autonomia reprodutiva no constructo "Ausência de coerção" em mulheres que nunca engravidaram (incluindo abortamento) e que faziam uso de contraceptivos durante a pandemia da COVID-19.

O fato de a maioria das participantes utilizar métodos contraceptivos hormonais há mais de dois anos, obtidos pela compra com dinheiro próprio e sem dificuldade de acesso, sugere autonomia e empoderamento sobre as decisões reprodutivas. Porém, deve-se considerar a posição privilegiada da maioria das participantes, visto que o grau de escolaridade, renda e condições de moradia são fatores contribuintes para o acesso aos contraceptivos. Todavia, apesar do grande acesso aos métodos hormonais, essas mulheres não acessam com frequência os métodos de longa duração.

Além disso, é importante pontuar sobre como a cultura do patriarcado e os julgamentos da sociedade podem afetar as escolhas das mulheres quanto à decisão sobre viver a maternidade ou não, fortalecidas pela imposição do que é ser mulher e pela visão de que as mulheres são as únicas responsáveis pelo lar e pelos seus filhos⁽²⁸⁾. Ante o exposto, a preservação do direito de acesso à contracepção contribui na redução de gravidez não planejada e impacta profundamente na vida e na autonomia reprodutiva das mulheres⁽¹⁰⁾.

Outrossim, a descontinuidade dos serviços de saúde e a redução do acesso aos métodos contraceptivos durante as restrições da pandemia da COVID-19 podem causar repercussões negativas na saúde das mulheres⁽¹⁰⁾. Limitações ao acesso à informação, a serviços e a contraceptivos não contribuem para efetivar a autonomia da mulher⁽⁸⁾.

Salienta-se que a decisão compartilhada entre a mulher e um profissional de saúde pode favorecer a escolha qualificada e a adesão efetiva ao contraceptivo, ao ser realizada através do acolhimento, respeitando a autonomia e preferências da mulher⁽²⁹⁾. Nesse contexto, apesar de o presente estudo não ter identificado diferença estatisticamente significativa na variável aconselhamento reprodutivo, convém destacar a importância do planejamento reprodutivo, uma vez que 67,20% das participantes não frequentaram um serviço ou atendimento profissional com tal finalidade durante

a pandemia da COVID-19, podendo gerar riscos, como gravidez não planejada e baixa adesão aos métodos mais eficazes e de longa duração.

O estudo apresentou limitações quanto ao tamanho da amostra, pois 22% dos instrumentos coletados foram excluídos devido ao mau preenchimento (duplicidade, resposta incompatível com a pergunta e ausência de contato para envio do TCLE) e instrumentos incompletos, apesar do alto grau de escolaridade. A utilização do questionário e da Escala de forma *online*, divulgado em redes sociais que necessitam de internet para acesso, pode ter dificultado a participação de mulheres com baixa escolaridade e renda. Ademais, o perfil das participantes do estudo pode não representar a realidade da população em geral.

A utilização de um instrumento *online* promove o acesso às mulheres que residem em áreas de difícil acesso e possibilita maior alcance nos municípios, considerando também as restrições de deslocamento vivenciadas durante a pandemia da COVID-19.

Os resultados do estudo contribuem para elucidar sobre a autonomia da mulher durante a pandemia e a relação com suas parcerias sexuais, além da comparação com os fatores sociodemográficos e reprodutivos, servindo de suporte para construção e aprimoramento de políticas públicas direcionadas para o controle dos fatores mencionados.

As contribuições desse estudo são conduzidas aos profissionais da saúde que têm maior contato com a população, como a Enfermagem, sobretudo os que realizam planejamento reprodutivo. Interessa também a outros profissionais e áreas para além da saúde, com vistas às mudanças na cultura de responsabilização unicamente da mulher para contracepção, como também planejar ações estratégicas para inclusão das parcerias nesse processo.

Conclusão

Este estudo avaliou a autonomia reprodutiva de mulheres durante a pandemia da COVID-19. Conforme os dados apresentados, não ter parceria sexual (solteiras, viúvas e divorciadas) influenciou positivamente na autonomia para tomada de decisão reprodutiva durante a pandemia da COVID-19, porém, esse mesmo grupo apresentou menor autonomia reprodutiva total na subescala "Tomada de decisão". As mulheres de menor faixa etária, residentes na capital do estado, com maior escolaridade, que nunca gestaram e que utilizaram contraceptivos durante a pandemia da COVID-19, apresentaram maior autonomia para ausência de coerção e comunicação.

Sentir-se à vontade para conversar com sua parceria sexual sobre questões sexuais e reprodutivas pode influenciar a autonomia das mulheres. As mulheres deste estudo apresentaram um alto escore médio de autonomia reprodutiva total. A Escala de Autonomia Reprodutiva — versão brasileira contribuiu para compreensão das intenções reprodutivas das mulheres participantes, sendo possível identificar os grupos que necessitam de maior atenção e proposição de intervenções em saúde sexual e reprodutiva.

Referências

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-contr-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>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva. **Obtenção de dados:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva. **Análise e interpretação dos dados:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França. **Análise estatística:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França. **Redação do manuscrito:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Carolyne Souza de Moura Barbosa, Ana Cecília Silvestre da Silva, Géssyca Cavalcante de Melo, Alba Maria Bomfim de França.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 10.07.2023
Aceito: 11.08.2024

Editora Associada:
Aline Aparecida Monroe

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Carolyne Souza de Moura Barbosa

E-mail: carolynesouzamb@gmail.com

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