

Autonomia reprodutiva associada ao uso de métodos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva

Reproductive autonomy associated with the use of contraceptive methods among reproductive aged women

Autonomía reproductiva asociada al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva

Ana Luiza Vilela Borges^a 

Ana Cleide da Silva Dias^b 

Carolina Cavalcante da Silva Ale^a 

Como citar este artigo:

Borges ALV, Dias ACS, Ale CCS. Autonomia reprodutiva associada ao uso de métodos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20230072. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230072.pt>

RESUMO

Objetivo: Verificar os aspectos sociodemográficos associados à autonomia reprodutiva entre mulheres urbanas, em especial na relação com o uso de métodos contraceptivos.

Método: Estudo transversal realizado com 1252 mulheres, entre abril e junho de 2021, utilizando a versão brasileira da Escala de Autonomia Reprodutiva. Os dados foram analisados por meio de regressão linear múltipla.

Resultados: Os escores médios das subescalas foram 2,5 (dp=0,3) (Tomada de decisão), 3,8 (dp=0,3) (Ausência de Coerção) e 3,6 (dp=0,4) (Comunicação). Comparadas às mulheres que relataram não usar métodos contraceptivos, mulheres que usavam métodos de barreira ou comportamentais e as que usavam LARC mostraram maior nível de autonomia reprodutiva em todas as dimensões da Escala ($p<0,001$). Outros aspectos associados à autonomia reprodutiva foram a escolaridade, raça/cor, religião, grupo socioeconômico e morar com o parceiro, a depender de cada subescala.

Conclusão: O tipo de método contraceptivo utilizado foi estatisticamente associado à autonomia reprodutiva em todas as subescalas.

Descritores: Autonomia relacional. Tomada de decisões. Planejamento familiar.

ABSTRACT

Objective: To assess the sociodemographic aspects associated with reproductive autonomy among urban women, with special regard to the relationship with the use of contraceptive methods.

Method: Cross-sectional study with 1252 women, conducted between April and June 2021, using the Brazilian version of the Reproductive Autonomy Scale. Data were analyzed using multiple linear regression.

Results: Mean scores for the subscales were 2.5 (SD=0.3) (Decision-making), 3.8 (SD=0.3) (Absence of Coercion) and 3.6 (SD=0.4) (Communication). Compared to women who reported no use of contraceptive methods, women using barrier or behavioral methods and those using LARC had higher level of reproductive autonomy on all dimensions of the Scale ($p<0.001$). Other aspects associated with reproductive autonomy were education, race/ethnicity, religion, socioeconomic status and cohabitation living with a partner, depending on each subscale.

Conclusion: The type of contraceptive method used was statistically associated with reproductive autonomy in all subscales.

Descriptors: Relational autonomy. Decision making. Family development planning.

RESUMEN

Objetivo: Verificar los aspectos sociodemográficos asociados a la autonomía reproductiva entre mujeres urbanas, especialmente en relación al uso de métodos anticonceptivos.

Método: Estudio transversal realizado con 1252 mujeres, entre abril y junio de 2021, utilizando la versión brasileña de la Escala de Autonomía Reprodutiva. Los datos se analizaron mediante regresión lineal múltiple.

Resultados: Las puntuaciones medias de las subescalas fueron 2,5 (DE=0,3) (Toma de decisiones), 3,8 (DE=0,3) (Ausencia de coerción) y 3,6 (DE=0,4) (Comunicación). En comparación con las mujeres que informaron no usar métodos anticonceptivos, las mujeres que usaron métodos de barrera o conductuales y las que usaron LARC mostraron un mayor nivel de autonomía reproductiva en todas las dimensiones de la Escala ($p<0,001$). Otros aspectos asociados a la autonomía reproductiva fueron la educación, la raza/color, la religión, el grupo socioeconómico y la convivencia, según cada subescala.

Conclusión: El tipo de método anticonceptivo utilizado se asoció estadísticamente con la autonomía reproductiva en todas las subescalas.

Descritores: Autonomía relacional. Toma de decisiones. Planificación familiar.

^a Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Estima-se que 44% das gestações em todo o mundo não foram intencionais entre 2000 e 2014⁽¹⁾. Muitas mulheres que vivenciam uma gravidez não intencional não usam métodos contraceptivos, principalmente em países de baixa e média renda⁽¹⁾. Embora as mulheres tenham o direito de decidir sobre as questões relacionadas à reprodução, suas decisões muitas vezes são anuladas ou limitadas por diversos outros elementos para além do acesso aos métodos contraceptivos, como os desejos e ações de parceiros ou de outros membros de sua família/ comunidade e os contextos de vida e trabalho⁽²⁾, o que impossibilita que algumas mulheres atinjam seus objetivos reprodutivos⁽³⁾.

Estudos apontam que, nos países de baixa renda, a proporção de mulheres que decidem independentemente sobre o uso de anticoncepcionais é baixa. Na África do Sul, Etiópia, Gana e Senegal, respectivamente, apenas 41%⁽²⁾, 35%⁽²⁾, 25%⁽⁴⁾ e 6%⁽²⁾ das mulheres em idade reprodutiva usam algum tipo de método contraceptivo. Outro aspecto preocupante é que apenas 55% das mulheres casadas no mundo tinham autonomia sobre sua vida reprodutiva, incluindo sobre a decisão de usar os métodos contraceptivos⁽²⁾.

De forma ampla, a autonomia reprodutiva é definida como o poder de controlar e decidir sobre questões relativas ao uso de métodos contraceptivos, gravidez e nascimento⁽¹⁾. Embora a literatura tenha se concentrado nas escolhas individuais das próprias mulheres na esfera sexual e reprodutiva, não se pode desconsiderar a dimensão relacional que se refere às decisões e comportamentos no campo da contracepção e maternidade⁽⁵⁾.

Recentemente, a *Reproductive Autonomy Scale* (RAS) vem sendo utilizada em estudos que abordam o tema da autonomia reprodutiva nos EUA⁽¹⁾, Gana⁽⁶⁾, Vietnã⁽¹⁾, tendo já sido validada para o contexto brasileiro⁽⁷⁾. Trata-se de uma escala com 14 itens organizados em três subescalas que versam sobre a "Tomada de decisão", que é composta por itens sobre quem tem a palavra final em diferentes situações reprodutivas; "Ausência de coerção", que é constituída por questões referentes às situações em que as mulheres são coagidas; e, por fim, "Comunicação", que é composta por questões relacionadas à possibilidade de comunicação entre as mulheres e sua parceria sexual, no que se refere ao relacionamento sexual e às decisões reprodutivas. A RAS pode ser aplicada a mulheres em qualquer tipo de relacionamento heterossexual (casadas, solteiras, convivendo ou não com parceiros)⁽⁸⁾.

Alguns estudos brasileiros que utilizaram esta escala foram conduzidos com mulheres quilombolas^(8,9) ou trabalhadoras rurais⁽¹⁰⁾ e mostraram que mulheres em união estável, de raça/cor auto-classificada como branca, de mais alta escolaridade,

e que haviam participado de grupos de planejamento reprodutivo mostraram maior autonomia reprodutiva. Esse grupo de mulheres apresenta singularidades culturais e de gênero que certamente influenciam as dinâmicas relacionais que são a base para a autonomia reprodutiva.

Por sua vez, já se sabe que a frágil comunicação com a parceria sexual pode influenciar negativamente o uso de métodos contraceptivos⁽¹⁾. Isso porque relacionamentos mais igualitários estão associados a níveis mais altos de autonomia reprodutiva⁽¹¹⁾ e a comunicação conjugal sobre planejamento reprodutivo influencia positivamente o uso de anticoncepcionais⁽¹²⁾. Dessa forma, torna-se crucial compreender como ocorre e o que determina a autonomia reprodutiva⁽²⁾, principalmente porque pouco se sabe sobre como se estabelece a autonomia reprodutiva entre mulheres urbanas brasileiras nem se esta tem associação com o uso de métodos contraceptivos.

Tendo em vista que a autonomia reprodutiva é um componente essencial para se alcançar os mais altos níveis de saúde sexual e reprodutiva⁽²⁾, nosso estudo teve como objetivo verificar os aspectos sociodemográficos associados à autonomia reprodutiva entre mulheres urbanas, em especial na relação com o uso de métodos contraceptivos.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, conduzido em ambiente virtual com mulheres de 18 a 49 anos de idade. Trata-se de subamostra que participou de um estudo mais amplo denominado "Intenção reprodutiva e contracepção: engravidar por escolha e não por acaso", cujo objetivo foi validar uma escala de mensuração da intenção futura de engravidar ao contexto brasileiro.

A pesquisa foi divulgada em ambiente virtual entre os meses de abril a junho de 2021 em redes sociais (Facebook e Instagram); em site próprio criado pelas pesquisadoras (http://www.ee.usp.br/escolha_engravidar/index.html); em jornal da universidade; por e-mail, considerando a lista de contatos da instituição sede da pesquisa, que é composta por ex-alunos e participantes de cursos de extensão; e por WhatsApp, considerando os contatos pessoais e profissionais das pesquisadoras envolvidas. No WhatsApp, foi também enviado um texto solicitando ampla divulgação da pesquisa para os contatos, o que se constituiu em uma estratégia do tipo bola de neve. Na divulgação da pesquisa, além das informações gerais sobre os objetivos e procedimentos do estudo, foi também disponibilizado o link com o acesso ao instrumento. Especificamente no Instagram e Facebook, foi conduzido impulsionamento em duas etapas, tendo uma delas como local o Brasil (por 30 dias) e a outra com foco no Norte e Nordeste (por 10 dias), o que gerou alcance de

aproximadamente 65 mil pessoas, sendo que houve 271 acessos ao site por meio dessa estratégia.

Participaram do estudo mulheres de 18 a 49 anos de idade e não grávidas, que relataram estar em relacionamento heterossexual (casadas, solteiras, convivendo ou não com parceiros) e residentes em todas as regiões do país. Nossos critérios de exclusão foram ter realizado histerectomia, ter realizado laqueadura ou ter parceiro vasectomizado.

Ao todo, 2089 mulheres acessaram o instrumento, mas foram considerados os dados de apenas 1252, pois algumas não se encaixavam nos critérios de inclusão, seja por não terem tido relação sexual (n=102), por serem histerectomizadas (n=29), por estarem grávidas (n=41), por estarem fora da faixa etária (n=10) ou terem feito laqueadura/parceiro vasectomizado (n=4). Outras não chegaram a finalizar o preenchimento do instrumento (n=288) e, por isso, não foram consideradas. Mulheres que relataram não estar em um relacionamento romântico com homens também foram excluídas (n=363), tendo em vista que a Escala de Autonomia Reprodutiva diz respeito a relacionamentos heterossexuais. Foi calculado o poder do teste estatístico post-hoc⁽¹³⁾ considerando erro tipo I de 5% e poder de teste de 95%, que mostrou ser necessário uma amostra com, pelo menos, 423 mulheres. Dessa forma, a amostra coletada é cerca de três vezes maior que o mínimo necessário e é suficiente para tirar as conclusões inferidas.

O instrumento foi estruturado e construído na plataforma REDCap, tendo sido pré-testado de forma presencial e remota com mulheres com o mesmo perfil das que seriam elegíveis. A primeira parte do instrumento continha variáveis independentes relacionadas às questões sobre o perfil sociodemográfico, a saber, idade; raça/cor (branca, cor parda e preta foram agrupadas em “negra”, amarela e indígena), escolaridade (até ensino médio, superior incompleto, superior completo); grupo socioeconômico (A, B, C/D/E)⁽¹⁴⁾, religião (sem religião, católica, protestante, outra); atividade remunerada (não, sim); região de residência (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul), mora com parceiro(não, sim); gravidez anterior (não, sim) e comportamento contraceptivo (uso de métodos de barreira e comportamentais, método hormonal e métodos reversíveis de longa ação – LARC). Em relação ao comportamento contraceptivo, as mulheres foram agrupadas com base na eficácia e ação dos métodos contraceptivos que usavam no momento da entrevista. Dessa forma, mulheres que relataram não usar nenhum tipo de método contraceptivo foram agrupadas na categoria “nenhum”; mulheres que relataram usar preservativos, diafragma, coito interrompido, tabelinha, método de Billings ou sintotérmico, ou seja, métodos de baixa a média eficácia, foram agrupadas na categoria “barreira e comportamentais”; mulheres em

uso de métodos hormonais, como pílula anticoncepcional oral, injetáveis, adesivo ou anel vaginal foram agrupadas na categoria “hormonal”, por serem métodos de alta eficácia, mas de curta ação; por fim, mulheres que relataram usar dispositivos intra-uterinos com cobre ou hormonal e implante subdérmicos foram agrupadas na categoria “LARC” (long-acting reversible contraceptives ou métodos contraceptivos de longa ação), por serem de longa ação e de alta eficácia.

A segunda parte do instrumento consistiu na Escala de Autonomia Reprodutiva, versão brasileira⁽⁷⁾. As três subescalas da Escala de Autonomia Reprodutiva foram consideradas como variáveis dependentes, separadamente. Levando em conta que todos os itens na subescala “Ausência de coerção” são subjetivamente contrários à autonomia reprodutiva, foi preciso inverter sua pontuação. Para cada uma das três subescalas, uma pontuação média foi calculada, com escores maiores indicando níveis mais altos de autonomia reprodutiva⁽⁸⁾. Todas as variáveis foram introduzidas simultaneamente nos modelos.

O tempo gasto para preenchimento do instrumento foi em torno de 15 minutos. Para evitar múltiplos preenchimentos pela mesma mulher, obteve-se também seu nome completo, e-mail e telefone para contato, que foram checados para assegurar a validade interna dos dados. Informações de identificação foram suprimidas do banco de dados para as análises estatísticas.

Os dados foram analisados utilizando linguagem de computação e foram descritos por meio de número absoluto e proporção, médias e desvios-padrão. Nossa hipótese é que mulheres com maior autonomia reprodutiva usam métodos contraceptivos mais eficazes, como os LARC. Para analisar as relações existentes entre os escores de autonomia reprodutiva e as variáveis sociodemográficas, gravidez anterior e uso de métodos contraceptivos, foram aplicados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, a depender da natureza das variáveis (dicotômica ou categórica com três ou mais categorias). Análises de regressão linear múltipla foram conduzidas para avaliar quais variáveis independentes são determinantes do escore de autonomia reprodutiva, sendo o uso de métodos contraceptivos a principal covariável. Todas as variáveis foram incluídas simultaneamente no modelo múltiplo. O nível de significância adotado no estudo foi p-valor $\leq 0,05$.

O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa credenciado sob o parecer número 5.421.606 e CAAE 31401420.9.0000.5392. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado na página inicial do instrumento e só pôde responder as questões as mulheres que tivessem clicado no ícone “aceito”. Todos os procedimentos para garantir o sigilo dos dados e a confidencialidade das respondentes foram realizados. Também disponibilizamos

e-mail para contato com pesquisadoras caso houvesse dúvidas e um site com todas as informações sobre a pesquisa, além de links para informações sobre contracepção e saúde reprodutiva.

■ RESULTADOS

As 1252 mulheres que preencheram o Escala de Autonomia Reprodutiva tinham 29,5 anos de idade, em média (dp=7,2), sendo que um terço era jovem (18 a 24 anos de idade). A maior parte classificou-se de cor branca (64,7%), relatou ter ensino superior completo (67,8%), estava inserida no grupo socioeconômico B (60,3%), morava com o parceiro (60,2%) e não tinha histórico de gravidez anterior

(68,9%). Um quarto relatou estar usando método do tipo LARC para prevenir gravidez (Tabela 1).

Dentre os itens que compõem a subescala “Tomada de Decisão” (itens 1 a 4), chama a atenção que a maior parte das mulheres relatou que a decisão sobre o uso de métodos contraceptivos seria majoritariamente delas mesmas (itens 1 e 2), mas a decisão conjunta sobre engravidar ou interromper a gravidez foi a opção mais frequente (itens 3 e 4). Dentre os itens que compõem a subescala “Ausência de Coerção” (itens 5 a 9), sobressaíram as respostas à categoria “discordo totalmente” em todos. Por sua vez, as respostas aos itens que compõem a subescala “Comunicação” foram, em maior frequência, nas categorias “concordo” e “concordo totalmente” (Tabela 2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, gravidez anterior e uso de métodos contraceptivos das mulheres (n = 1252). Brasil, 2021

Variáveis	n	%
Idade		
18-24	382	30,5
25-34	567	45,3
35-49	303	24,2
Raça/cor		
Branca	810	64,7
Negra	396	31,6
Amarela e indígena	46	3,7
Escolaridade		
Até ensino médio	82	6,5
Superior incompleto	321	25,6
Superior completo	849	67,8
Religião		
Sem religião	498	39,8
Católica	394	31,5
Protestante	186	14,9
Outra	174	13,9

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n	%
Grupo socioeconômico		
A	248	19,8
B	755	60,3
C/D/E	249	19,9
Atividade remunerada		
Não	332	26,5
Sim	920	73,5
Região de residência*		
Norte	41	3,6
Nordeste	129	11,1
Centro-Oeste	99	8,6
Sudeste	744	60,2
Sul	146	12,6
Mora com parceiro		
Não	498	39,8
Sim	754	60,2
Gravidez anterior		
Não	860	68,9
Sim	392	31,3
Tipo de método contraceptivo em uso		
Nenhum	294	23,4
Barreira e comportamentais	419	33,5
Hormonal	235	18,8
LARC	304	24,3
Total	1252	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

*Nem todas as mulheres responderam este item

Tabela 2 – Frequência de respostas em cada item Escala de Autonomia Reprodutiva (n=1252). Brasil, 2021

Item	n	%
Subescala Tomada de Decisão		
1. Quem decide se vai usar um método contraceptivo para evitar a gravidez?		
Meu parceiro ou outro alguém	1	0,1
Ambos	556	44,4
Eu	695	55,5
2. Quem decide qual método contraceptivo usar para evitar a gravidez?		
Meu parceiro ou outro alguém	7	0,6
Ambos	368	29,4
Eu	877	70,1
3. Quem decide sobre quando ter um bebê em sua vida?		
Meu parceiro ou outro alguém	5	0,4
Ambos	758	60,5
Eu	489	39,1
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?		
Meu parceiro ou outro alguém	2	0,2
Ambos	673	53,7
Eu	577	46,1
Subescala Ausência de Coerção		
5. Seu parceiro te impediu de usar método contraceptivo para evitar a gravidez quando você queria usar um.		
Concordo totalmente	4	0,3
Concordo	16	1,3
Discordo	109	8,7
Discordo totalmente	1123	89,7

Tabela 2 – Cont.

Item	n	%
6. Seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de método contraceptivo para evitar a gravidez quando você queria usar um.		
Concordo totalmente	8	0,6
Concordo	41	3,3
Discordo	116	9,3
Discordo totalmente	1087	86,8
7. Seu parceiro te fez usar método contraceptivo para evitar a gravidez quando você não queria utilizar um.		
Concordo totalmente	13	1,0
Concordo	44	3,5
Discordo	129	10,3
Discordo totalmente	1066	85,1
8. Seu parceiro te impediria de usar método contraceptivo para evitar a gravidez se você quisesse usar um.		
Concordo totalmente	3	0,2
Concordo	8	0,6
Discordo	117	9,3
Discordo totalmente	1124	89,7
Subescala Comunicação		
9. Seu parceiro te pressionou para engravidar.		
Concordo totalmente	3	0,2
Concordo	23	1,8
Discordo	122	9,7
Discordo totalmente	1104	88,2
10. Seu parceiro te apoiaria se você quisesse usar método contraceptivo para evitar a gravidez.		
Discordo totalmente	30	2,4
Discordo	25	2,0
Concordo	234	18,7
Concordo totalmente	963	76,9

Tabela 2 – Cont.

Item	n	%
11. É fácil falar sobre sexo com seu parceiro.		
Discordo totalmente	34	1,9
Discordo	67	4,2
Concordo	323	23,5
Concordo totalmente	827	63,4
12. Se você não quisesse ter relação sexual você poderia falar sobre isso para seu parceiro.		
Discordo totalmente	1	0,1
Discordo	18	1,4
Concordo	368	29,4
Concordo totalmente	865	69,1
13. Se você estivesse na dúvida de estar grávida ou não, você poderia conversar com seu parceiro sobre isso.		
Discordo totalmente	2	0,2
Discordo	10	0,8
Concordo	249	19,9
Concordo totalmente	991	79,1
14. Se eu realmente não quisesse engravidar, poderia fazer meu parceiro concordar comigo		
Discordo totalmente	13	1,0
Discordo	78	6,2
Concordo	419	33,5
Concordo totalmente	742	59,3
Total	1252	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O escore médio da subescala “Tomada de Decisão” foi 2,5 (dp=0,3), a “Ausência de Coerção” foi 3,8 (dp=0,3) e da “Comunicação” foi 3,6 (dp=0,4). Na subescala “Tomada de Decisão”, houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios em relação à raça/cor ($p=0,200$), grupo socioeconômico ($p=0,010$), religião ($p<0,001$), atividade

remunerada ($p=0,045$), morar com parceiro ($p<0,001$) e tipo de método contraceptivo em uso ($p<0,001$). Na subescala “Ausência de Coerção”, diferenças estatisticamente significativas foram observadas em relação às variáveis escolaridade ($p<0,001$), raça/cor ($p<0,001$), grupo socioeconômico ($p=0,001$), gravidez anterior ($p=0,012$) e tipo de método

contraceptivo ($p < 0,001$). Na subescala “Comunicação”, só não foram estatisticamente significativas as diferenças nos escores médios das variáveis raça/cor ($p = 0,730$), grupo socioeconômico ($p = 0,247$), atividade remunerada ($p = 0,141$) e morar com parceiro ($p = 0,120$) (Tabela 3).

A análise de regressão linear múltipla foi realizada separadamente por subescalas da Escala de Autonomia Reprodutiva. Para a subescala “Tomada de Decisão”, as mulheres autot classificadas como sendo amarelas ou indígenas tinham menor autonomia quando comparadas às mulheres brancas ($p = 0,012$); mulheres do grupo socioeconômico C/D/E demonstraram maior autonomia que mulheres do grupo A ($p = 0,003$); mulheres protestantes tinham menor autonomia que mulheres sem religião ($p = 0,001$); mulheres que moram com parceiro quando comparadas as que não moravam

tinham menor autonomia ($p = 0,001$); por fim, comparadas às mulheres que não usavam métodos contraceptivos, mulheres que usavam métodos de barreira e comportamentais tinham menor autonomia ($p = 0,001$), mas as que usavam LARC tinham maior autonomia ($p = 0,009$). Na subescala “Ausência de Coerção”, as variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas entre seus escores médios foram idade ($p = 0,019$), escolaridade, ($p < 0,001$), raça/cor ($p = 0,009$), grupo socioeconômico ($p = 0,003$) e uso de métodos contraceptivos ($p < 0,001$). Por sua vez, na subescala “Comunicação”, idade ($p = 0,020$), escolaridade ($p = 0,006$), religião ($p = 0,012$), atividade remunerada ($p = 0,004$), e tipo de método contraceptivo ($p < 0,001$) mostraram diferenças estatisticamente significativas entre seus escores médios (Tabela 4).

Tabela 3 – Médias, desvios-padrão e p-valores dos escores das subescalas da Escala de Autonomia Reprodutiva por subescala, segundo variáveis sociodemográficas, gravidez anterior e uso de métodos contraceptivos ($n = 1\,252$). Brasil, 2021

Variáveis	Escala de Autonomia Reprodutiva								
	Tomada de Decisão			Ausência de Coerção			Comunicação		
	Média	dp	p-valor	Média	dp	p-valor	Média	dp	p-valor
Escolaridade									
Até ensino médio	2,6	0,3		3,7	0,5		3,5	0,4	
Superior incompleto	2,5	0,3	0,071	3,9	0,3	<0,001	3,7	0,4	0,002
Superior completo	2,5	0,3		3,9	0,3		3,6	0,4	
Raça/cor									
Branca	2,5	0,3		3,9	0,3		3,7	0,4	
Negra	2,5	0,3	0,020	3,8	0,4	<0,001	3,6	0,4	0,730
Amarela e indígena	2,4	0,4		3,8	0,3		3,7	0,4	
Grupo socioeconômico									
A	2,5	0,3		3,9	0,3		3,7	0,4	
B	2,5	0,3	0,010	3,9	0,3	0,001	3,6	0,4	0,247
C/D/E	2,6	0,3		3,8	0,4		3,6	0,4	

Tabela 3 – Cont.

Variáveis	Escala de Autonomia Reprodutiva								
	Tomada de Decisão			Ausência de Coerção			Comunicação		
	Média	dp	p-valor	Média	dp	p-valor	Média	dp	p-valor
Religião									
Sem religião	2,6	0,3		3,9	0,3		3,7	0,4	
Católica	2,5	0,3	<0,001	3,8	0,4	0,183	3,6	0,4	0,014
Protestante	2,4	0,4		3,8	0,4		3,6	0,4	
Outra	2,5	0,3		3,9	0,3		3,7	0,3	
Atividade remunerada									
Não	2,6	0,3	0,045	3,8	0,3	0,873	3,6	0,4	0,141
Sim	2,5	0,3		3,8	0,3		3,7	0,3	
Mora com parceiro									
Não	2,6	0,3	<0,001	3,9	0,3	0,468	3,7	0,4	0,120
Sim	2,5	0,3		3,8	0,3		3,6	0,4	
Gravidez anterior									
Não	2,5	0,3	0,118	3,9	0,3	0,012	3,7	0,4	0,040
Sim	2,5	0,3		3,8	0,4		3,6	0,4	
Tipo de método contraceptivo em uso									
Nenhum	2,5	0,3		3,8	0,4		3,5	0,4	
Barreira/comportamentais	2,4	0,3	<0,001	3,9	0,2	<0,001	3,7	0,3	<0,001
Hormonal	2,6	0,3		3,8	0,3		3,6	0,4	
LARC	2,6	0,3		3,9	0,3		3,7	0,3	
Total	2,5	0,3		3,8	0,3		3,6	0,4	

Nota: Teste Mann-Whitney; TesteKruskal-Wallis
 Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Tabela 4 – Análise de regressão linear múltipla do nível da Escala de Autonomia Reprodutiva por subescala, segundo as características sociodemográficas, gravidez anterior e uso de métodos contraceptivos (n=1252). Brasil, 2021

Variáveis	Tomada de Decisão			Ausência de Coerção			Comunicação		
	β	IC 95%	p-valor	β	IC 95%	p-valor	β	IC 95%	p-valor
Idade									
Escolaridade									
Até ensino médio	-	-		-	-		-	-	
Superior incompleto	-0,04	-0,12;-0,11	0,291	0,14	0,06;-0,22	<0,001	0,13	0,04;0,23	0,006
Superior completo	-0,03	-0,11;0,04	0,394	0,16	0,08;-0,24	<0,001	0,12	0,03;0,21	0,011
Raça/cor									
Branca	-	-		-	-		-	-	
Negra	0,01	-0,02;0,05	0,531	-0,05	-0,09;-0,01	0,009	-0,006	-0,05;0,04	0,788
Amarela e indígena	-0,12	-0,21;-0,03	0,012	-0,03	-0,12;0,07	0,559	-0,002	-0,11;-0,11	0,974
Grupo socioeconômico									
A	-	-		-	-		-	-	
B	0,03	-0,02;0,08	0,199	-0,03	-0,08;0,02	0,194	-0,04	-0,09;0,02	0,189
C/D/E	0,09	0,03;0,15	0,003	-0,09	-0,14;-0,03	0,003	-0,01	-0,08;0,05	0,732
Religião									
Sem religião	-	-		-	-		-	-	
Católica	-0,03	-0,08;0,01	0,116	-0,04	-0,08;0,07	0,105	-0,06	-0,12;-0,01	0,012
Protestante	-0,11	-0,16;-0,05	<0,001	-0,02	-0,07;0,03	0,483	-0,03	-0,10;0,03	0,334
Outra	-0,04	-0,09;0,02	0,169	-0,02	-0,07;0,04	0,551	-0,005	-0,07;0,06	0,883

Tabela 4 – Cont.

Variáveis	Tomada de Decisão			Ausência de Coerção			Comunicação		
	β	IC 95%	p-valor	β	IC 95%	p-valor	β	IC 95%	p-valor
Atividade remunerada									
Não	-	-		-	-		-	-	
Sim	-0,03	-0,08;0,01	0,123	0,01	-0,03;0,05	0,581	0,07	0,02;0,13	0,004
Mora com parceiro									
Não	-	-		-	-		-	-	
Sim	-0,09	-0,13;-0,05	<0,001	0,02	-0,02;0,07	0,279	0,01	-0,04;0,06	0,620
Gravidez anterior									
Não	-	-		-	-		-	-	
Sim	-0,02	-0,07;0,02	0,363	-0,01	-0,06;0,03	0,573	0,006	-0,5;0,06	0,817
Uso de método contraceptivo									
Nenhum	-	-		-	-		-	-	
Barreira e comportamentais	-0,13	-0,18;-0,08	<0,001	0,11	0,06;0,16	<0,001	0,14	0,09;0,20	<0,001
Hormonal	0,02	-0,03;0,08	0,373	0,06	0,01;0,11	0,043	0,03	-0,03;0,09	0,345
LARC	0,07	0,02;0,12	0,009	0,09	0,04;0,14	<0,001	0,14	0,07;0,19	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

■ DISCUSSÃO

Este estudo usou a Escala de Autonomia Reprodutiva para analisar a relação da autonomia reprodutiva com o uso de métodos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva. Os resultados mostraram que houve diferenças significativas nos níveis de autonomia reprodutiva das mulheres a depender do tipo de método contraceptivo usado mesmo quando os modelos foram ajustados por variáveis como idade, escolaridade, raça/cor, grupo socioeconômico, religião, atividade remunerada, morar com o parceiro, experiência de gravidez anterior e uso de métodos contraceptivos.

Comparadas às mulheres que relataram não usar métodos contraceptivos, mulheres que usavam um método mostraram maior nível de autonomia reprodutiva em todas as subescalas. No entanto, mulheres que usavam métodos hormonais não diferiram no tocante à tomada de decisão nem à comunicação, o que necessita ser mais bem explorado em estudos posteriores.

É fato que os métodos de barreira e alguns comportamentais exigem a participação e aceitação dos parceiros, o que por si só já denota certa horizontalidade no relacionamento e pode ter sido explicitado nas repostas às subescalas. Já os métodos do tipo LARC são subutilizados no país⁽¹⁵⁾ porque há ainda barreiras persistentes ao seu amplo e irrestrito acesso, como no caso bem ilustrado do DIU com cobre⁽¹⁶⁾. Esses métodos estão disponíveis para grupos específicos de mulheres vulneráveis no Sistema Único de Saúde ou a altos preços nos serviços privados de saúde. Adicionalmente, já foi descrito que mulheres com maior autonomia reprodutiva são mais favoráveis a utilizar métodos de longa duração, como os LARC⁽¹⁷⁾.

Nossos resultados avançam no conhecimento sobre o tema ao considerar as preferências e comportamentos contraceptivos e sua relação com os níveis de autonomia reprodutiva porque analisamos o uso de métodos de forma estratificada por tipo de método, ao invés de simplesmente analisar a ocorrência de relação sexual desprotegida, como conduzido nos Estados Unidos, Vietnã ou Gana, por exemplo^(1,5,6). Isso porque a ocorrência de relação sexual desprotegida não necessariamente significa escassa autonomia reprodutiva, mas uma opção da mulher ou do casal durante troca de métodos, insatisfação por efeitos colaterais e até mesmo por conta da intenção de engravidar⁽¹⁸⁾.

Em todos os itens que compõem as subescalas da Escala de Autonomia Reprodutiva, as mulheres mostraram que tomam suas decisões por si só ou em conjunto com seus parceiros, pareceram estar pouco sujeitas à coerção dos parceiros para usar/não usar métodos contraceptivos e se mostraram abertas a conversar e discutir com seus parceiros sobre sexualidade, contracepção e maternidade. Os escores

médios obtidos neste estudo são mais altos em cada uma das três subescalas do que os obtidos na população de norte-americanas do estudo original⁽⁵⁾, na população de mulheres trabalhadoras rurais e quilombolas no Brasil⁽⁷⁾ e de outros estudos em que a mesma escala foi utilizada, como no Vietnã⁽¹⁾ e Gana⁽⁶⁾. Tal diferença pode derivar dos distintos perfis das mulheres de cada estudo, tendo em vista que as mulheres participantes deste estudo eram altamente escolarizadas, além das diferenças nas normas culturais e de gênero em cada um desses contextos e na disponibilização de insumos contraceptivos.

Especificamente em relação à subescala “Tomada de decisão”, os resultados mostraram que as mulheres que moravam com o parceiro possuíam menor autonomia nessa dimensão comparadas às que não moravam, o que diverge de estudo realizado em Madagascar⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que a coabitação com o parceiro não mostrou qualquer significância estatística com a autonomia reprodutiva nas demais subescalas. O papel da convivência/vínculo do casal no estabelecimento da autonomia reprodutiva das mulheres nessas parcerias precisa ser melhor investigado no contexto brasileiro, inclusive por meio de pesquisas qualitativas.

Curiosamente, mulheres classificadas como pertencentes ao grupo econômico C/D/E mostraram maior autonomia reprodutiva para as subescalas “Tomada de decisão” e “Ausência de coerção” quando comparadas às mulheres do grupo A. Este resultado é relevante, pois a literatura tem mostrado justamente o inverso⁽²⁰⁾. Recursos econômicos limitados podem inibir a capacidade das mulheres de conhecer e decidir sobre seus direitos, incluindo a tomada de decisões contraceptivas⁽²¹⁾. Embora nossos resultados tenham mostrado que tal relação não é linear, parece que as normas sociais ou de gênero é que podem, de fato, exercer maior influência no momento da tomada de decisão reprodutiva⁽³⁾. Além disso, o uso de métodos contraceptivos também pode estar associado à auto-estima, confiança, nível de escolaridade e ocupação e isso também está atrelado à capacidade de tomar decisões⁽²²⁾.

No tocante à idade, observou-se associação positiva com a autonomia reprodutiva na subescala “Ausência de coerção”, o que converge com os resultados do estudo original da validação da escala entre mulheres norte-americanas⁽⁵⁾. Isso pode ocorrer porque são as mulheres mais jovens justamente as que mais sofrem coerção e vivenciam falta de autonomia nas tomadas de decisão frente a sua vida reprodutiva e uso de métodos contraceptivos⁽²³⁾. Nessa mesma subescala, o nível de escolaridade foi inversamente associado à autonomia reprodutiva. Esse resultado corrobora outros observados em estudos realizados em Gana⁽²⁴⁾, na África do Sul⁽³⁾ e Etiópia⁽²⁾ e confirma que possibilitar que meninas e mulheres atinjam altos níveis de escolaridade as fortalece para ampliar seus

horizontes e possibilidades escolares e profissionais, o que, por sua vez, tem efeito positivo na autonomia reprodutiva e uso de métodos contraceptivos, principalmente LARC⁽³⁻¹⁵⁾. Ressalta-se que a idade e a escolaridade também mostraram significância estatística na subescala **“Comunicação”**, provavelmente pelas mesmas razões já apresentadas⁽⁶⁾. Acrescente-se que a mulher com mais baixa escolaridade pode passar a acreditar que seu parceiro possui o poder decisório sobre sua vida reprodutiva⁽¹⁰⁾.

Adicionalmente, ainda na subescala “Ausência de coerção”, identificou-se que as mulheres negras, amarelas e indígenas mostraram menor autonomia na tomada de decisão reprodutiva quando comparadas às brancas. Este efeito também foi observado no estudo original para validação da escala⁽⁷⁾ e reforça os achados de pesquisa que teve como objetivo explorar as diferenças raciais/étnicas entre mulheres que tiveram dificuldades de exercer sua autonomia reprodutiva nos EUA, sendo que destas 37% eram pretas, 29% multirracial, 24% eram hispânicas/latinas e apenas 18% eram brancas⁽²⁶⁾. O quanto tais dificuldades estão atreladas à maior vulnerabilidade das mulheres negras à violência de gênero, incluindo por parceiro íntimo⁽²⁶⁾, não é possível afirmar por meio deste estudo, mas é inegável que esse grupo necessita ser priorizado nas ações de fortalecimento e garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos, justamente por conta das persistentes iniquidades raciais na atenção em saúde reprodutiva no Brasil⁽²⁷⁾.

Este estudo também identificou a religião como um fator individual que influencia de forma significativa a autonomia de decisão das mulheres sobre o uso de anticoncepcionais, sendo que as mulheres protestantes apresentaram menor autonomia para a subescala “Tomada de decisão” em relação às mulheres sem religião. Este achado é consistente com outros estudos⁽³⁻²⁸⁾. Por sua vez, as mulheres católicas apresentaram maior autonomia na subescala “Comunicação” quando comparadas às sem religião. Isso pode ocorrer em decorrência de expectativas diferenciadas dos segmentos religiosos no tocante aos papéis de gênero que se estabelecem na vida em parceria para maior ou menor autonomia reprodutiva^(2,3). O fato que o segmento religioso evangélico venha crescendo no Brasil⁽²⁹⁾ releva que é preciso considerar esse grupo religioso na formulação de políticas e programas específicos que visem promover sua saúde sexual e reprodutiva.

Outra variável estatisticamente associada à autonomia reprodutiva foi a atividade remunerada, fato também observado entre mulheres africanas^(3,30). Pode ser que a renda e recursos financeiros gerados pelo exercício de atividade remunerada levem à maior autonomia da mulher, inclusive na esfera reprodutiva⁽³⁰⁾, como por exemplo, na capacidade

de aquisição de métodos contraceptivos quando não acessíveis em serviços públicos de saúde.

Por fim, em termos de experiências reprodutivas, mulheres que relataram ter engravidado anteriormente tiveram escores maiores de autonomia reprodutiva na subescala “Ausência de coerção”, em contraponto ao que foi observado em contexto diverso⁽²⁸⁾. É possível que este resultado seja consonante aos efeitos da idade, explicitados anteriormente, pois mulheres que já engravidaram tendem a ser mais velhas que as nuligestas. Entretanto, o mecanismo pelo qual a vivência de uma gestação possa impactar positiva ou negativamente a autonomia reprodutiva de mulheres em relacionamentos heterossexuais ainda precisa ser melhor elucidado.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira é que se trata de uma amostra não probabilística, o que nos impossibilita fazer generalizações dos resultados à população de mulheres brasileiras em geral, inclusive em relação às mulheres que não têm acesso à internet, tendo em vista se tratar de uma pesquisa realizada no ambiente virtual. Outra limitação a ser destacada é que pode ser que sejam as mulheres que se sentem com maior autonomia em sua vida reprodutiva que responderam todas as perguntas da Escala de Autonomia Reprodutiva, o que pode ter superestimado os escores observados. Nós tampouco coletamos dados a respeito dos parceiros ou da dinâmica dos relacionamentos das participantes do estudo. Mesmo assim, o uso de uma escala validada para o contexto brasileiro com adequadas propriedades psicométricas nos permitiu compreender um fenômeno bastante complexo que é a autonomia reprodutiva, bem como comparar os escores com população de mulheres rurais brasileiras e de outros contextos, inclusive internacionais. Ademais, as mulheres que participaram deste estudo também tinham maior nível de escolaridade em comparação com as mulheres dos estudos que usaram a Escala de Autonomia Reprodutiva em outros contextos, o que pode contribuir para maior alcance e compreensão sobre seus direitos com ênfase na tomada de decisão sobre o uso de métodos contraceptivos.

■ CONCLUSÃO

Comparadas às mulheres que relataram não usar métodos contraceptivos, mulheres que usavam métodos de barreira ou comportamentais e as que usavam LARC mostraram maior nível de autonomia reprodutiva nas dimensões “Tomada de decisão”, “Ausência de coerção” e “Comunicação”. No entanto, mulheres que usavam métodos hormonais não diferiram das que não usavam métodos no tocante à “Tomada de decisão” nem à “Comunicação”. Outros aspectos associados à autonomia reprodutiva foram a escolaridade, raça/cor, religião, grupo socioeconômico e morar com o parceiro.

Os resultados deste estudo vêm contribuir com a área de Enfermagem e Saúde pois permitem vislumbrar o perfil de mulheres com maior autonomia reprodutiva, e assim, podem subsidiar ações e programas específicos para ampliar a autonomia das mulheres, dado que a autonomia reprodutiva está intrinsecamente relacionada ao mais alto nível de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, por se tratar de tema relevante intimamente ligado a saúde da mulher, trabalhos futuros devem avaliar a natureza dessa tomada de decisão e até que ponto as mulheres estão satisfeitas com este processo, considerando que as mulheres devem ser participantes ativas na tomada de decisões sobre sua própria saúde reprodutiva, inclusive sobre o uso de métodos contraceptivos.

■ REFERÊNCIAS

1. Nguyen N, Londeree J, Nguyen LH, Tran DH, Gallo MF. Reproductive autonomy and contraceptive use among women in Hanoi, Vietnam. *Contracept X*. 2019;1:100011. doi: <https://doi.org/10.1016/j.conx.2019.100011>
2. Mare KU, Aychiluhm SB, Tadesse AW, Abdu M. Married women's decision-making autonomy on contraceptive use and its associated factors in Ethiopia: a multilevel analysis of 2016 demographic and health survey. *SAGE Open Med*. 2022;21;10:20503121211068719. doi: <https://doi.org/10.1177/20503121211068719>
3. Osuafor GN, Maputle SM, Ayiga N. Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;11;10(1):e1-e7. doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1431>
4. Adokiya MN, Boah M, Adampah T. Women's autonomy and modern contraceptive use in Ghana: a secondary analysis of data from the 2014 Ghana demographic and health survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26(5):383-9. doi: <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1910234>
5. Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Stud Fam Plann*. 2014;45(1):19-41. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>
6. Loll D, Fleming PJ, Manu A, Morhe E, Stephenson R, King EJ, Hall KS. Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women. *Global Public Health*. 2020;15(4):571-86. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1695871>
7. Sorte ETB, Dias ACS, Ferreira SL, Marques GCM, Pereira COJ. Cultural and reliable adaptation of the Reproductive Autonomy Scale for women in Brazil. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):298-304. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900041>
8. Marques GCM, Ferreira SL, Dias ACS, Pereira COJ, Fernandes ETBS, Lacerda FK. Intergenerational transmission between quilombola mothers and daughters: reproductive autonomy and intervening factors. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20200684. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0684>
9. Fernandes ETBS, Ferreira SL, Ferreira CSB, Santos EA. Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl4):e20190786. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>
10. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0103>
11. Dodo ND, Atiglo DY, Biney AAE, Alhassan N, Peterson MB. Does financial autonomy imply reproductive and sexual autonomy? evidence from urban poor women in Accra, Ghana. *African Studies*. 2019;78(4):477-95. doi: <https://doi.org/10.1080/00020184.2019.1584485>
12. Zelalem D, Worku A, Alemayehu T, Dessie Y. Association of effective spousal family planning communication with couples' modern contraceptive use in Harar, Eastern Ethiopia. *Open Access J Contracept*. 2021;12:45-62. doi: <https://doi.org/10.2147/OAJC.S285358>
13. Flahault A, Cadilhac M, Thomas G. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(8):859-62. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.12.009>
14. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil [Internet]. Brasil: ABEP; 2019 [citado 2019 out 4]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
15. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Cien Saúde Colet*. 2021;26(suppl 2):3493-504. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
16. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03270. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>
17. Pindar C, Lee SH, Meropol SB, Lazebnik R. The role of reproductive autonomy in adolescent contraceptive choice and acceptance of long-acting reversible contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33(5):494-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.06.013>
18. Riches E, Barrett G, Hall JA. Evaluation of the psychometric properties of the Reproductive Autonomy Scale for use in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2023;49(3):151-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2022-201685>
19. Comfort AB, Harper CC, Tsai AC, Perkins JM, Moody J, Rasolofomana JR, et al. The association between men's family planning networks and contraceptive use among their female partners: an egocentric network study in Madagascar. *BMC Public Health*. 2021;21(1):209. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10180-6>
20. Cabral C, Brandão E. Uma bricolagem de experiências contraceptivas. Desafios impostos à gestão da potencialidade reprodutiva. *Teoria Cultura*. 2021;16(1). doi: <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2021.v16.30656>
21. Tesfa D, Tiruneh SA, Azanaw MM, Gebremariam AD, Engidaw MT, Tiruneh M, et al. Determinants of contraceptive decision making among married women in Sub-Saharan Africa from the recent Demographic and Health Survey data. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):52. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01636-x>
22. Ahinkorah BO, Hagan Jr JE, Seidu AA, Sambah F, Adoboi F, Thomas Schack, et al. Female adolescents' reproductive health decision-making capacity and contraceptive use in sub-Saharan Africa: what does the future hold? *PLoS One*. 2020; 15(7):e0235601. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235601>
23. Grace KT, Decker MR, Alexander KA, Campbell J, Miller E, Perrin N, et al. Reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy among latina women. *J Interpers Violence*. 2022;37(3-4):1604-36. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260520922363>

24. Atiglo DY, Biney AAE. Correlates of sexual inactivity and met need for contraceptives among Young women in Ghana. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):139. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0630-0>
25. Holliday CN, McCauley HL, Silverman JG, Ricci E, Decker MR, Tancredi DJ, et al. racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *J Womens Health*. 2017;26(8):828-35. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5996>
26. Ramos DO, Goes EF, Ferreira AJF. Intersection of race and gender in self-reports of violent experiences and polyvictimization by young girls in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2022;9(4):1506-16. doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01089-2>
27. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(suppl 1):e00078816. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
28. Loll D, Fleming PJ, Manu A, Morhe E, Stephenson R, King EJ, et al. Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women. *Glob Public Health*. 2020;15(4):571-86. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1695871>
29. Soares LE. Revoluções no campo religioso. *Novos Estud CEBRAP*. 2019;38(1):85-107. doi: <https://doi.org/10.25091/S01013300201900010009>
30. Alemayehu M, Meskele M. Health care decision making autonomy of women from rural districts of Southern Ethiopia: a community based cross-sectional study. *Int JWomens Health*. 2017;9:213-21. doi: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S131139>

■ Agradecimentos:

Bernardo dos Santos pela análise estatística dos resultados e que o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) – código de financiamento 001.

■ Contribuição de autoria:

Análise formal: Ana Luiza Vilela Borges, Ana Cleide da Silva Dias, Carolina Cavalcante da Silva Ale.
Conceituação: Ana Luiza Vilela Borges.
Curadoria de dados: Ana Luiza Vilela Borges.
Escrita – rascunho original: Ana Luiza Vilela Borges.
Escrita – revisão e edição: Ana Luiza Vilela Borges, Ana Cleide da Silva Dias.
Investigação: Ana Luiza Vilela Borges, Ana Cleide da Silva Dias.
Metodologia: Ana Luiza Vilela Borges.
Software: Ana Luiza Vilela Borges.
Supervisão: Ana Luiza Vilela Borges.
Visualização: Ana Luiza Vilela Borges, Ana Cleide da Silva Dias.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autora correspondente:

Ana Cleide da Silva Dias
E-mail: anacleide.dias@univasf.edu.br

Recebido: 06.04.2023
Aprovado: 12.07.2023

Editor associado:

Aline Marques Acosta

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira