



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

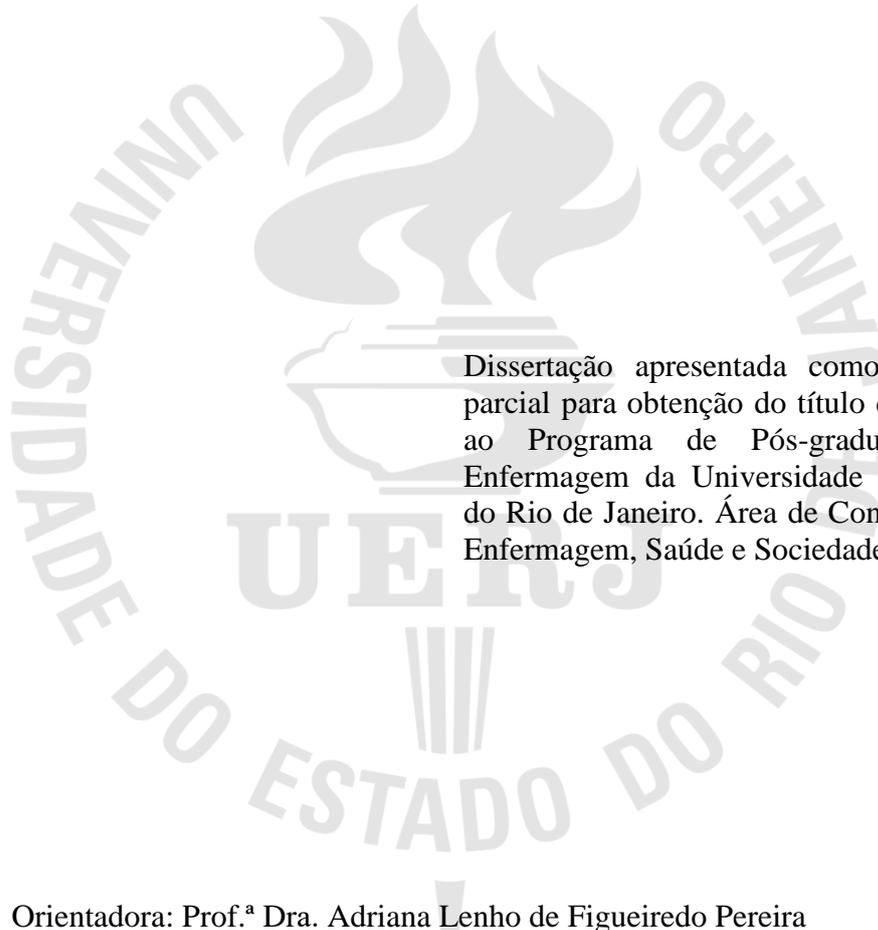
Deise Breder dos Santos Batista

**Autonomia reprodutiva e acesso à informação sobre contracepção de
usuárias da atenção básica no contexto da COVID-19**

Rio de Janeiro
2022

Deise Breder dos Santos Batista

**Autonomia reprodutiva e acesso à informação sobre contracepção de usuárias da
atenção básica no contexto da COVID-19**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B333 Batista, Deise Breder dos Santos.
Autonomia reprodutiva e acesso à informação sobre contracepção de usuárias da atenção básica no contexto da COVID-19 / Deise Breder dos Santos Batista. - 2022.
132 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Reprodução. 2. Autonomia pessoal. 3. Acesso à informação. 4. Saúde da mulher. 5. Saúde reprodutiva. 6. COVID-19. I. Batista, Deise Breder dos Santos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Deise Breder dos Santos Batista

**Autonomia reprodutiva e acesso à informação sobre contracepção de usuárias da
atenção básica no contexto da COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 26 de abril de 2022.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama

Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Carla Luzia França Araújo

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Cléria, uma mulher forte, dedicada à família e a Deus. Ao meu pai Nathan, que me alfabetizou e sempre buscou estimular os filhos na busca pelo conhecimento. E ao meu esposo Leandro, pessoa admirável, competente, batalhador e amigo, que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me fortalecendo a cada dia. Vocês são a minha força e inspiração para a construção dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar capacidade, sabedoria e força para trilhar este caminho e concluir com êxito mais esta etapa da minha vida.

Aos meus pais, Cléria Breder e Nathan Guarda, por sempre acreditarem em mim e pelo zelo, carinho e ensinamentos que contribuíram para a minha formação.

À minha irmã, Rose Breder, pelo cuidado, companheirismo e apoio sempre presentes.

Ao meu irmão, Italo Breder, à cunhada, Thayane Gabrielle, e ao sobrinho, Pedrinho, por torcerem pelos meus ideais.

À minha sogra, Helena Ferreira, aos cunhados, Lilian Ferreira e Álvaro César, e aos meus sobrinhos, Arthur e Ana Lívia, pela força durante essa trajetória.

Ao meu esposo, Leandro Ferreira, por sempre estar ao meu lado. Neste momento ímpar, quero agradecê-lo por sempre me ouvir, compreender os meus momentos de inquietude e me apoiar em todas as decisões. Sou grata por cada dia que me acompanhou na coleta de dados da pesquisa, tornando-os menos intensos em virtude da pandemia por COVID-19. Tudo teria sido mais difícil, mas você sempre esteve presente, me fortalecendo, inclusive nos momentos de desânimo e cansaço. Só tenho a agradecê-lo por tornar essa caminhada mais leve.

À professora, Dr.^a Adriana Lenho, por me orientar e direcionar a realização deste estudo. Sinto-me privilegiada por essa formação e pelo vasto conhecimento adquirido durante esse processo. Obrigada pelos ensinamentos, inspiração, confiança e por me permitir acreditar que posso ir muito além daquilo que um dia eu imaginei.

Às professoras, Dr.^a Silvana Granado, Dr.^a Carla Luzia, Dr.^a Juliana Prata e Dr.^a Ana Luiza, que trouxeram contribuições relevantes para o aprimoramento deste estudo.

Ao apoio da Capes no primeiro ano do curso e à FAPERJ nos meses subsequentes, mostrando a relevância desses órgãos para a pesquisa no Brasil.

Às minhas amigas Cláudia Oliveira, Roberta Roque, Nadja Albuquerque e Priscila Ranquine pelo companheirismo na coleta de dados da pesquisa e pelas palavras de incentivo. À amiga Juliana Cristina pela amizade, força e troca de experiências durante essa jornada.

A todos os familiares e amigos por compreenderem os momentos de ausência e que direta ou indiretamente me apoiaram e torceram por mim durante esse período.

A cada mulher que aceitou participar da pesquisa e permitiu a concretização desse estudo.

EPÍGRAFE

A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.

Florence Nightingale

RESUMO

BATISTA, Deise Breder dos Santos. **Autonomia reprodutiva e acesso à informação sobre contracepção de usuárias da atenção básica no contexto da COVID-19.** 2022. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A autonomia reprodutiva é o poder de decisão e controle de questões relacionadas ao uso de métodos contraceptivos e gravidez. **Objetivos:** Geral: analisar a relação da autonomia reprodutiva feminina com a disponibilidade de informações sobre contracepção nos serviços da atenção básica à saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Objetivos específicos: verificar o nível de autonomia reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços da atenção básica à saúde e verificar a associação entre o nível de autonomia reprodutiva dessas mulheres e a disponibilidade das informações acerca da contracepção e do planejamento reprodutivo durante a pandemia da COVID-19. **Método:** estudo transversal realizado com 386 mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, sendo utilizada a amostragem por julgamento. Os critérios de inclusão foram: mulheres entre 18-49 anos, com vida sexual iniciada, usuárias dos serviços de atenção básica à saúde e moradoras do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a abril de 2021, de modo virtual e presencial. Para a realização da coleta de dados pelo modo virtual realizou-se a divulgação e a captação das participantes por meio de páginas de rede sociais, *Facebook* e *Instagram*, e do aplicativo *WhatsApp*. No modo presencial, essa atividade aconteceu em locais abertos ao público. Utilizou-se questionário via formulário eletrônico e autoaplicável, com questões sobre o perfil sociodemográfico e de saúde reprodutiva, acesso a informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo e perguntas da *Reproductive Autonomy Scale* adaptada para o português brasileiro. Na análise dos dados, aplicaram-se os testes Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis, Wilcoxon, Coeficiente de Correlação de Spearman e regressão linear simples, com nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** as mulheres apresentaram bons escores médios para cada subescala de autonomia reprodutiva, com a tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação correspondente a 2,66; 3,40 e 3,17 respectivamente. Quanto aos domínios de disponibilidade de informações, o domínio contracepção apresentou média 0,58, próximo à mediana (0,5) e o domínio planejamento reprodutivo apresentou média 0,34, abaixo da mediana (0,5). O domínio comunicação teve correlação com a disponibilidade de informações sobre contracepção ($p=0,03$), contudo, é uma correlação fraca e positiva ($R=0,11$). Os efeitos da pandemia da COVID-19 no acesso à unidade básica de saúde tiveram correlação com a ausência de coerção ($p=0,02$). Na regressão linear simples para cada subescala da autonomia reprodutiva, verificou-se associação positiva entre tomada de decisão e o domínio contracepção e entre ausência de coerção e o domínio contracepção; enquanto entre a tomada de decisão e o domínio planejamento reprodutivo, o efeito da associação foi negativo. O domínio comunicação não apresentou relação com a disponibilidade de informações. **Conclusão:** as mulheres entrevistadas apresentaram um nível satisfatório para autonomia reprodutiva, a despeito da pandemia da COVID-19 ter prejudicado o acesso à informação na atenção básica. Identificou-se que há associação entre a autonomia reprodutiva e a disponibilidade de informações sobre planejamento reprodutivo nas unidades de atenção básica do SUS.

Palavras-chave: Reprodução. Autonomia pessoal. Acesso à informação. Saúde da Mulher. Saúde reprodutiva.

ABSTRACT

BATISTA, Deise Breder dos Santos. **Reproductive autonomy and access to information on contraception of primary care users in the context of COVID-19.** 2022. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Reproductive autonomy is the power of decision and control of issues related to the use of contraceptive methods and pregnancy. **Objectives:** General: to analyze the relationship between female reproductive autonomy and the availability of information on contraception in primary health care services in the context of the COVID-19 pandemic. Specific objectives are: verify the level of reproductive autonomy of women users of primary health care services and verify the association between the level of reproductive autonomy of these women and the availability of information about contraception and reproductive planning during COVID-19 pandemic. **Method:** cross-sectional study with 386 women living in the city of Rio de Janeiro, using trial sampling. The inclusion criteria were: women aged 18-49, with sexual life begun, users of primary health care services and residents of the city of Rio de Janeiro. Data collection took place between February and April 2021, in a virtual and face-to-face way. To carry out data collection by virtual mode took place the dissemination and capture of participants through social network pages, Facebook and Instagram, and the Whatsapp application. In the face-to-face mode this activity took place in places open to the public. A questionnaire was used via an electronic and self-administered form, with questions on sociodemographic and reproductive health profiles, access to information on contraception and reproductive planning, and questions from the Reproductive Autonomy Scale adapted to Brazilian Portuguese. In the data analysis, the Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis, Wilcoxon, Spearman's Correlation Coefficient and simple linear regression tests were applied, with a significance level lower than 5% ($p < 0.05$). **Results:** women had good mean scores for each subscale of reproductive autonomy, with decision making, absence of coercion and communication corresponding to 2.66; 3.40 and 3.17 respectively. Regarding the domains of availability of information, the contraception domain presented mean 0.58, close to the median (0.5), and the reproductive planning domain presented mean 0.34, below the median (0.5). The communication domain was correlated with the availability of information on contraception ($p=0.03$), however, it is a weak and positive correlation ($R=0.11$). The effects of the COVID-19 pandemic on access to the basic health unit were correlated with the absence of coercion ($p=0.02$). In the simple linear regression for each subscale of reproductive autonomy, there was a positive association between decision-making and contraception domain and between absence of coercion and contraception domain. While between decision-making and the reproductive planning domain, the effect of the association was negative. The communication domain was not related to the availability of information. **Conclusion:** the women interviewed presented a satisfactory level for reproductive autonomy, despite the COVID-19 pandemic having impaired access to information in primary care. It was identified that there is no association between reproductive autonomy and the availability of information on reproductive planning in SUS primary care units.

Keywords: Reproduction. Personal autonomy. Access to information. Women health. Reproductive health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--|-----|
| Figura 1 - | Estrutura conceitual usada para desenvolver a Escala de Autonomia Reprodutiva..... | 38 |
| Figura 2 - | Mapa das Áreas de Planejamento (AP) e Regiões Administrativas (RA) do Município do Rio de Janeiro (2019)..... | 42 |
| Figura 3 - | Principais métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021(n=237)..... | 54 |
| Figura 4 - | Principais motivos da não utilização de método contraceptivo entre as mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021(n=149)..... | 55 |
| Quadro 1 - | Áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro e suas respectivas regiões de planejamento, regiões administrativas e bairros..... | 105 |
| Figura 5 - | Fluxograma do processo de busca na BVS, PubMed e Scopus de artigos sobre autonomia reprodutiva e acesso à informação..... | 126 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1 - | Distribuição das variáveis de perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 52 |
| Tabela 2 - | Distribuição das variáveis do perfil da saúde reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386)..... | 53 |
| Tabela 3 - | Disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo na unidade básica de saúde na avaliação da amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 56 |
| Tabela 4 - | Frequências absolutas e relativas da subescala tomada de decisão na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n= 386)..... | 57 |
| Tabela 5 - | Frequências absolutas e relativas da subescala ausência de coerção na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386)..... | 57 |
| Tabela 6 - | Frequências absolutas e relativas da subescala comunicação na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386)..... | 58 |
| Tabela 7 - | Medidas da tendência central, dispersão e posição dos dados da disponibilidade de informações e autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 59 |
| Tabela 8 - | Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala tomada de decisão das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 60 |
| Tabela 9 - | Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, | |

| | | |
|-------------|---|----|
| | RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 61 |
| Tabela 10 - | Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala comunicação da autonomia reprodutiva nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 63 |
| Tabela 11 - | Correlação entre os domínios contracepção e planejamento reprodutivo da disponibilidade de informações e as subescalas da autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 65 |
| Tabela 12 - | Correlação entre as variáveis da pandemia da COVID-19 e a tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 65 |
| Tabela 13 - | Associação entre as variáveis do acesso prejudicado pela pandemia da COVID-19 com a ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 66 |
| Tabela 14 - | Regressão Linear dos escores da autonomia reprodutiva segundo a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, e variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo, com significância estatística de 5%. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386)..... | 67 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AB | Atenção Básica |
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| AP | Áreas Programáticas |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CIPD | Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| COVID-19 | Coronavirus Disease 2019 |
| CTA | Centros de Testagem e Aconselhamento |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IPPF | International Planned Parenthood Federation |
| IQ | Intervalo interquartil |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| MS | Ministério da Saúde |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RA | Regiões Administrativas |
| RP | Regiões de Planejamento |

| | |
|------|--|
| SSR | Saúde Sexual e Reprodutiva |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1 | REFERENCIAL TEMÁTICO E CONCEITUAL..... | 22 |
| 1.1 | Direitos, saúde reprodutiva, políticas de planejamento familiar e contracepção no Brasil..... | 22 |
| 1.2 | Assistência à saúde reprodutiva na Atenção Básica à Saúde..... | 27 |
| 1.3 | COVID-19 e repercussões sobre o acesso a saúde e contracepção..... | 30 |
| 1.4 | Equidade de gênero em saúde..... | 32 |
| 1.5 | Autonomia reprodutiva..... | 36 |
| 2 | MÉTODO..... | 41 |
| 2.1 | Delineamento do estudo..... | 41 |
| 2.2 | Caracterização do campo de estudo..... | 41 |
| 2.3 | População e amostra..... | 42 |
| 2.3.1 | <u>Crítérios de inclusão e exclusão.....</u> | 43 |
| 2.4 | Instrumento de coleta de dados..... | 44 |
| 2.4.1 | <u>Variáveis do estudo.....</u> | 46 |
| 2.5 | Técnica da coleta de dados..... | 47 |
| 2.6 | Técnica de análise dos dados..... | 48 |
| 2.7 | Aspectos éticos do estudo..... | 51 |
| 3 | RESULTADOS..... | 52 |
| 3.1 | Caracterização sociodemográfica e do perfil reprodutivo da amostra..... | 52 |
| 3.2 | Disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo na atenção básica à saúde..... | 55 |
| 3.3 | Tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da Escala de Autonomia Reprodutiva..... | 56 |
| 3.3.1 | <u>Tendência central, variabilidade e posição dos dados da disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo e da Escala de Autonomia Reprodutiva.....</u> | 59 |
| 3.4 | Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com os domínios da Escala de Autonomia Reprodutiva..... | 59 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 3.5 | Análise das associações entre disponibilidade de informações e tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da Escala de Autonomia Reprodutiva..... | 64 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 68 |
| | CONCLUSÃO..... | 86 |
| | REFERÊNCIAS..... | 89 |
| | APÊNDICE A – Composição geográfica das áreas de planejamento do Município do Rio de Janeiro..... | 105 |
| | APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados – Questionário..... | 107 |
| | APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 112 |
| | APÊNDICE D - Tabela da relação entre as variáveis de perfis e os escores do domínio tomada de decisão da escala de autonomia reprodutiva..... | 113 |
| | APÊNDICE E - Tabela da relação entre as variáveis de perfis e os escores do domínio ausência de coerção da escala de autonomia reprodutiva..... | 116 |
| | APÊNDICE F - Tabela da relação entre as variáveis de perfis e os escores do domínio comunicação da escala de autonomia reprodutiva..... | 119 |
| | APÊNDICE G - Correlação entre as subescalas da autonomia reprodutiva pelas variáveis do efeito da pandemia da COVID-19 no acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS)..... | 122 |
| | APÊNDICE H - Modelos de regressão linear para a autonomia reprodutiva.. | 124 |
| | APÊNDICE I - Fluxograma do processo de busca na BVS, PubMed e Scopus de artigos sobre autonomia reprodutiva e acesso à informação..... | 126 |
| | ANEXO A - <i>Reproductive Autonomy Scale</i> adaptada para o português brasileiro..... | 127 |
| | ANEXO B - Parecer consubstanciado da COEP-UERJ..... | 128 |

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a autonomia reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços da atenção básica à saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

Na área de saúde da mulher, propõem-se que a assistência à mulher seja realizada por meio de um atendimento acolhedor, esclarecedor e adequado para atingir os objetivos propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e o Ministério da Saúde (MS), assegurando o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, em consonância com o disposto na legislação brasileira, nos artigos relacionados à reprodução (BRASIL, 2013).

No local onde a assistência é realizada, seja no ambiente hospitalar ou em uma unidade de atenção básica, é fundamental que haja profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento à mulher em seu período reprodutivo e que o cuidado seja desenvolvido de forma a contemplar uma assistência respeitosa e esclarecedora, tornando a mulher segura para decidir sobre o seu desejo de reprodução de forma autônoma (BRASIL, 2013).

O estudo da autonomia reprodutiva busca evidenciar como as mulheres percebem sua autonomia reprodutiva e a relação com a assistência à saúde reprodutiva na atenção básica à saúde, a fim de que haja respostas sobre o acesso a saúde reprodutiva. Tal tema de pesquisa pode adquirir maior relevância em face do atual contexto pandêmico de COVID-19 (Corona Vírus Disease 2019) e suas possíveis repercussões no sistema de saúde e oferta de serviços essenciais de saúde, como a saúde reprodutiva.

A autonomia reprodutiva consiste no poder de decidir e controlar questões associadas ao uso de métodos anticoncepcionais, gravidez e procriação. Essa definição está relacionada com o conceito de empoderamento das mulheres, sendo considerado como a expansão da capacidade feminina de fazer escolhas de vida estratégicas em contextos e situações nas quais essa capacidade lhes foi negada anteriormente. A autonomia reprodutiva é fundamental para o bem-estar da mulher, pelo fato de a gravidez ocorrer em seu corpo e por ser geralmente esperado que ela assuma a responsabilidade primária pelo resultado da gravidez, seja um aborto ou seu término (UPADHYAY et al., 2014). Portanto, essa autonomia reprodutiva envolve a capacidade ou liberdade da mulher exercer os seus direitos reprodutivos (PRINCEWILL et al., 2017).

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados integrantes dos direitos humanos e

visam a garantir o livre exercício da sexualidade e autodeterminação na reprodução (LEMOS,2014). Os direitos reprodutivos garantem a liberdade da tomada de decisão do indivíduo quanto à reprodução e o protege de comportamentos e atitudes que privem ou limitem a sua liberdade de decidir quando e como procriar e desenvolver a atividade de genitor. O exercício da autonomia reprodutiva abrange a livre manifestação do casal e, se não houver o consentimento de uma das partes, há violação dos direitos reprodutivos (KONDER; KONDER, 2016).

Pesquisadoras americanas elaboraram e validaram uma escala psicométrica para avaliação da autonomia reprodutiva em mulheres, composta por quatorze itens e que aferem três dimensões: tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação. Essa escala apresenta escores que variam de 1,00 a 4,00, sendo que os maiores escores correspondem aos mais altos níveis da autonomia reprodutiva (UPADHYAY et al., 2014).

Um estudo brasileiro que aplicou essa escala, validada para o português brasileiro, com 153 mulheres quilombolas de um município baiano, encontrou um nível médio de autonomia reprodutiva nessas mulheres, com escore global de 2,06. As autoras do estudo concluíram que a vida em união estável repercute negativamente na autonomia reprodutiva, especialmente no aspecto concernente à dimensão comunicação, e que as mulheres que fazem uso de método contraceptivo apresentaram menor autonomia reprodutiva total do que aquelas que não utilizam contraceptivos, denotando fragilidades da assistência à saúde, da educação e do acesso à informação, que são acentuadas pelas questões raciais e pelo distanciamento das comunidades vulneráveis à rede de atenção à saúde, como as remanescentes de quilombos (FERNANDES et al., 2020).

Cabe esclarecer que o acesso aos serviços de saúde é conceituado como o uso oportuno dos serviços de saúde de acordo com a necessidade (PETERS et al., 2008). O acesso abarca quatro dimensões: acessibilidade, disponibilidade, acessibilidade geográfica e aceitabilidade, as quais são afetadas negativamente pelas barreiras de acesso aos serviços e pelo desequilíbrio na relação oferta de serviços e demanda dos usuários ou comunidade (O'DONNELL, 2007).

Segundo Jacobs et al. (2012), a dimensão disponibilidade inclui os serviços e recursos de saúde disponíveis em quantidade e qualidade conforme as necessidades dos usuários, bem como a forma de organização dos recursos para o atendimento das pessoas que buscam os serviços de saúde. Peters et al. (2008) e Ensor e Cooper (2004) fornecem uma estrutura conceitual de avaliação das barreiras nas quatro dimensões de acesso. As barreiras envolvidas

na dimensão disponibilidade são: profissionais de saúde desqualificados e a falta de oportunidade ou indisponibilidade de serviços, medicamentos, informações ou orientações, liberdade de opinião ou escolha, nível educacional, dentre outras.

A informação representa o grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde e contempla as seguintes dimensões: a escolaridade, o conhecimento e as fontes de informação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Para Thiede e McIntyre (2008), a informação em saúde, inclusive sobre o sistema de saúde, é determinante no acesso do indivíduo aos serviços, permitindo às pessoas fazerem escolhas no contexto da assistência à sua saúde, pois possibilitam que se sintam mais empoderadas.

Contudo, a falta de informações sobre sexualidade e contracepção, além de vulnerabilidades econômica, social e de gênero, leva ao distanciamento entre as demandas das mulheres e a resposta oferecida pelos serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2016). Além disso, relacionado ao exercício da autonomia reprodutiva, as mulheres podem se deparar com fatores limitadores, tais como: fragilidades na oferta de serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva bem como de métodos contraceptivos; espaços físicos inapropriados; profissionais sem capacitação que influenciam a livre escolha feminina; e dificuldades de compreensão e seguimento das orientações, sobretudo entre mulheres pobres e de baixa escolaridade (ALABI et al., 2019; PRINCEWILL et al., 2017; SANTOS et al., 2016).

Nos países em desenvolvimento, constata-se que as mulheres não conseguem exercer plenamente a sua autonomia reprodutiva. Estudo em Ghana, na África Subsaariana, identificou que as mulheres têm utilizado métodos contraceptivos sem o conhecimento do parceiro como forma de evitar uma gravidez indesejada. Elas contam com o apoio dos serviços públicos de planejamento familiar por meio do exercício do direito à confidencialidade (BAIDEN et al., 2016). Na Índia, além de existir o patriarcado enraizado, as mulheres precisam de consentimento conjugal para acesso aos serviços de saúde reprodutiva (MITRA, 2018). Esses resultados evidenciam as restrições ao exercício dos direitos e da autonomia reprodutiva dessas mulheres associadas às questões de gênero e socioculturais.

No Brasil, essa realidade não tem sido diferente em segmentos sociais vulneráveis da população feminina, pois foi verificado que a união estável (casada ou com companheiro), as imposições do marido, que as restringem de buscarem os serviços de saúde sexual e reprodutiva, e a dependência financeira influenciam negativamente no exercício da autonomia reprodutiva de mulheres negras quilombolas (FERNANDES et al., 2020).

Apesar dos avanços na saúde pública e nas legislações brasileiras nas últimas décadas, constatam-se inadequações de ações e insuficiência de serviços de saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde (NASSER et al., 2017). Há dificuldades de acesso aos anticoncepcionais, fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades, dificuldades nas preferências das mulheres com vulnerabilidade social (GONÇALVES et al., 2019) e ineficiência de disponibilidade gratuita de alguns métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde (OLSEN et al., 2018).

Durante a pandemia da COVID-19, essas vulnerabilidades podem ser intensificadas em virtude do não funcionamento dos serviços de saúde reprodutiva, afetando a disponibilidade e o acesso a anticoncepcionais, principalmente dos grupos socialmente desfavorecidos e dependentes da oferta de serviços de saúde para tal (IPPF, 2020).

Além disso, a alta prevalência de gestação precoce (ROSANELI; COSTA; SUTILE, 2020) e um contexto atual de retrocesso nas políticas públicas de saúde, como a retirada da Nota Técnica Nº016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS dos meios de comunicação governamentais, em face de tratar da continuidade dos serviços de atendimento à violência sexual e ao aborto legal no contexto da pandemia por COVID-19, assim como do fortalecimento das ações de planejamento sexual e reprodutivo (CNS/MS, 2020), também são fatos favorecem a deficiência dos serviços de atenção à saúde da mulher.

A medida de retirada dessa Nota Técnica ocorreu mediante ao posicionamento conservador do atual governo, sendo contrário ao aborto, mesmo aquele previsto na legislação e programas de saúde brasileiros. Esse documento emitido pelo MS se referia aos casos de abortos previstos em Lei, quando há risco de vida para a gestante, gravidez por estupro e anencefalia. Além disso, ele propunha o acesso à informação e educação em saúde, o respeito ao direito ao planejamento reprodutivo e a oferta de tecnologias reprodutivas para garantia da saúde integral da mulher durante a pandemia (SANTOS, 2020).

Na atenção primária, a prestação de uma assistência integral sem estereótipos de gênero e preconceitos é um grande desafio para os profissionais, pois as iniquidades de gênero feminino estão presentes na sociedade brasileira e envolvem desigualdades no âmbito patrimonial, político, econômico e cultural, determinando a persistência de iniquidades na saúde das mulheres (BATISTA, 2014).

Um estudo realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) constatou que há despreparo dos profissionais enfermeiros e médicos na abordagem das vulnerabilidades das mulheres grávidas durante o atendimento pré-natal, apesar de saber identificá-las. Além disso,

as condutas pré-natais na ESF são limitadas frente aos determinantes sociais da saúde reprodutiva e ao estímulo da autonomia das mulheres (OLIVEIRA; MANDÚ, 2017).

A atenção primária é importante para a promoção da adesão das mulheres ao planejamento familiar e para o desenvolvimento de sua autonomia reprodutiva, por meio de um trabalho organizado, com ênfase nas necessidades da mulher e realizado por profissionais motivados e comprometidos em promover a melhoria da assistência. Para tanto, são necessários treinamentos e capacitações da equipe de saúde (SANTOS et al., 2016). Além disso, apesar da saúde sexual e reprodutiva ser um dos eixos prioritários dessa atenção, isso não garante que sejam efetivamente implementados nos serviços (PAIVA; CAETANO, 2020).

Essas barreiras da atenção à saúde podem acentuar com o advento da pandemia da COVID-19, uma vez que muitos serviços de provisão de contraceptivos foram interrompidos por não serem considerados uma atividade essencial (BAHAMONDES; MAKUCH, 2020). No Brasil, segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, em 2014, a prevalência de gestações não planejadas por puérperas era de 55,4% (FIOCRUZ, 2016). Como consequência da pandemia da COVID-19, estimam-se sete milhões de gravidezes não intencionais e 47 milhões de mulheres sem acesso a contraceptivos em 114 países (UNFPA, 2020).

Portanto, durante a pandemia da COVID-19 é importante garantir que mulheres e homens tenham acesso aos serviços de contracepção e ao fornecimento de anticoncepcionais como um serviço essencial. A oferta de métodos anticoncepcionais é essencial para prevenir a gravidez não planejada e que tem prevalência mundial de quase 50%, que pode ocasionar consequências sérias à saúde, como o aborto inseguro, a falta de cuidados pré-natais, complicações na gravidez, morbidade e mortalidade materna e infantil (BAHAMONDES; MAKUCH, 2020).

Nessa perspectiva, promover a dignidade e o empoderamento das mulheres em saúde reprodutiva é importante para modificar os indicadores de saúde das mulheres e das crianças. Para tal, torna-se imperioso estudar a autonomia reprodutiva feminina e as possíveis influências exercidas pelos fatores sociodemográficos e do acesso à informação sobre contracepção e aconselhamento reprodutivo na atenção básica no atual contexto da pandemia da COVID-19.

A partir dos problemas de saúde reprodutiva e do exercício da autonomia reprodutiva descritos acima, este estudo tem como problema de pesquisa: Qual é o nível de autonomia reprodutiva das mulheres e a sua relação com a disponibilidade das informações sobre

contracepção e planejamento reprodutivo nos serviços da atenção básica à saúde durante a pandemia da COVID-19?

Apesar do arcabouço legal e das políticas públicas em saúde reprodutiva no Brasil, especialmente sobre planejamento reprodutivo, para fins deste estudo, acredita-se que a autonomia reprodutiva tem associação com o acesso às informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo na atenção básica à saúde.

Assim sendo, a presente dissertação tem por objetivo geral:

- Analisar a relação da autonomia reprodutiva feminina com a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo nos serviços da atenção básica à saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

E seus objetivos específicos são:

- Verificar o nível de autonomia reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços da atenção básica à saúde;

- Verificar a associação entre o nível de autonomia reprodutiva das mulheres e a disponibilidade de informações acerca da contracepção e planejamento reprodutivo durante a pandemia da COVID-19.

A pesquisa se justifica face ao limitado número de estudos brasileiros com o tema da autonomia reprodutiva, especialmente com a utilização da escala recentemente validada para o português do Brasil (FERNANDES et. al., 2019; FERNANDES et al., 2020). Além disso, há o enfoque dessa pesquisa na relação entre a autonomia reprodutiva e a disponibilidade das informações sobre a contracepção e planejamento reprodutivo nos serviços da atenção básica à saúde, possibilitando aproximar mais o estudo do tema com a realidade da mulher brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a busca de artigos que tratam do estudo da autonomia reprodutiva e acesso à informação, utilizou-se o banco de dados do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da base de dados da PubMed e da Scopus, com o uso dos termos: *reproductive, autonomy* e *access to information*; e, *reproductive health, autonomy* e *access to information*. Por meio da BVS e da Scopus, foram utilizados também os descritores em português e inglês: reprodução, autonomia pessoal e acesso à informação; e, *reproduction, personal autonomy* e *access to information*, com o uso do operador booleano *AND*. Foram obtidos nove artigos como

resultado final. Os critérios de inclusão foram: artigos entre 2015-2020, em inglês, português e espanhol, com textos completos gratuitos. Na PubMed foi incluído a espécie “humanos”, visto que possui a opção de filtro “outros animais”. Os critérios de exclusão foram: artigos pagos e com mais de cinco anos de publicação (APÊNDICE I).

Mediante essa busca, não foi encontrado artigo que tenha como objetivo o estudo da autonomia reprodutiva ou que fale sobre o nível de autonomia reprodutiva com o uso da escala de autonomia reprodutiva adaptada para mulheres brasileiras. Em uma busca no *Google Scholar* utilizando o conjunto de palavras “*Reproductive Autonomy Scale*”, considerando o período compreendido entre 2019-2020 e páginas em português, foram encontrados 193 resultados, dos quais apenas dois utilizaram a escala de autonomia reprodutiva adaptada para mulheres brasileiras, sendo um artigo do ano de 2019 e um de 2020. O artigo de 2019 é o que apresenta a validação transcultural da escala para o contexto brasileiro.

Assim, acredita-se que este estudo é relevante pelo enfoque da autonomia reprodutiva nas mulheres usuárias da atenção básica e pela sua potencialidade de fornecer subsídios para a qualificação da assistência prestada nesse nível de atenção, além de contribuir para o destaque do empoderamento feminino na saúde reprodutiva e para a proposição de melhorias no acesso às informações das mulheres e parceiros durante a assistência ao planejamento reprodutivo e contracepção, assim como no conhecimento dos profissionais de saúde para a formulação de estratégias mais adequadas e sensíveis às necessidades das mulheres no processo do cuidado na atenção básica.

Destaca-se também que a presente pesquisa pode contribuir para a área da atenção à saúde da mulher ao revelar resultados concernentes às necessidades sexuais e reprodutivas femininas e que poderão ser utilizados para adequar as práticas assistenciais na atenção básica, conforme preconiza as políticas públicas de saúde por meio do MS e da Organização Mundial de Saúde (OMS); para as áreas do ensino e da assistência de enfermagem em saúde da mulher, possibilitando melhorar a aproximação com os direitos sexuais e reprodutivos e a autonomia reprodutiva; e com a formação acadêmica, alinhada com a garantia de uma formação humanizada e pautada no cuidado respeitoso às necessidades das mulheres.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO E CONCEITUAL

1.1 Direitos, saúde reprodutiva e políticas de planejamento familiar e contracepção no Brasil.

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no ano de 1948, a comunidade internacional, por intermédio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de Convenções Internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação conjunta e mecanismos de controle de forma a garantir os direitos humanos (BRASIL, 2013).

No século XX, mais precisamente nas décadas de 1950 e 1960, foi o período em que houve o maior crescimento demográfico no mundo. Nesse período, a ONU organizou as primeiras Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento, onde surgiram as definições e conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva. As cinco conferências mundiais de população organizadas foram: em Roma (1954), em Belgrado (1965), em Bucareste (1974), no México (1984) e no Cairo (1994) (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Com o aumento da complexidade do debate sobre população e desenvolvimento e com o surgimento de outros temas a ONU promoveu conferências articuladas, o chamado Ciclo Social da ONU, que se desdobrou em oito conferências, dentre as quais: a Conferência de Viena (1993), sobre Direitos Humanos, na qual teve como um de seus legados a legitimação da ideia de direitos humanos das mulheres; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo (1994), que passaria a adotar definições quanto ao significado da desigualdade de gênero e direitos humanos, mais especificamente no campo da reprodução, e a IV Conferência Mundial sobre a mulher, em Pequim (1995), que tratou do respeito à promoção da igualdade de gênero nas diferentes esferas: educação, mercado de trabalho, direitos humanos, dentre outras (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

A conferência do Cairo, em 1994, que conferiu papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos e a conferência de Pequim, em 1995, que reafirmou os acordos que foram estabelecidos no Cairo, como Direitos Humanos, destacam-se entre os marcos internacionais que definem os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

Na Conferência do Cairo, a definição de saúde reprodutiva teve uma evolução com relação aos conceitos já existentes, ao incluir a saúde sexual e os homens na dimensão reprodutiva, sendo definida como:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

O documento originado nessa Conferência estabelece a formulação para os direitos reprodutivos como direitos humanos, além de orientar as políticas e leis sobre população e desenvolvimento, sendo considerado um dos documentos mais relevantes sobre direitos reprodutivos (VENTURA, 2009).

No Brasil, dez anos antes desse marco histórico, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse foi o primeiro programa voltado para a saúde da mulher com ênfase não apenas nas ações isoladas de planejamento familiar, mas com abordagem à mulher de maneira integral, com destaque para a singularidade para a proposta de mudança na forma como as mulheres eram tratadas, representando um passo importante no reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (OSIS, 1998).

Em 1988, a Constituição da República Federativa tornou-se um marco legal importante no processo de desenvolvimento dos direitos reprodutivos, pois incorpora os princípios e diretrizes firmados no âmbito internacional e encerra o modelo de saúde que limitava o acesso a esses serviços somente para contribuintes da previdência, passando a saúde pública, através do Sistema Único de Saúde (SUS), ser um direito de todos os brasileiros, independentemente de qualquer tipo de contribuição. No decorrer da implementação dos direitos reprodutivos nas leis e políticas no Brasil, houve avanços importantes, como mudanças legislativas contra crimes sexuais e violência doméstica, além da ampliação do direito ao aborto em casos específicos (VENTURA, 2009).

Em 1996, no Brasil, mediante a Lei n.º 9.263, surgiu a Lei do planejamento Familiar, que tem por finalidade regulamentar o §7º do Artigo 226 da Constituição Federal de 1988,

conceituando planejamento familiar e reconhecendo o direito de todo cidadão em realizá-lo (BRASIL, 1996). Apesar de a Constituição Federal de 1988 ter disposto sobre o direito ao planejamento familiar, na lei também foram apresentadas garantias formuladas na Conferência do Cairo (1994) e Pequim (1995) (BUGLIONE, 2002; VIEIRA, 2003).

Entre o caminho percorrido desde as conferências internacionais da ONU, para abordar assuntos sobre população e desenvolvimento, até o surgimento da Lei do Planejamento familiar no Brasil, houve uma série de acontecimentos. Mais precisamente na década de 1970 tiveram as reivindicações femininas pela busca da autonomia corporal, do controle da fecundidade e da atenção à sua saúde reprodutiva, que foi fundamental para a construção prática dos Direitos Reprodutivos (VENTURA, 2009). Também teve a busca pela descriminalização do aborto e acesso aos métodos contraceptivos pelas mulheres (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Até o ano de 1979, o acesso aos métodos contraceptivos e meios para a contracepção somente era permitido após indicação médica, caso a gravidez trouxesse risco à saúde da mulher, sendo considerado ilícito penal o acesso aos métodos de contracepção por decisão do casal ou da pessoa como forma de controle de fecundidade (VENTURA, 2009).

Na década de 1980, por meio de denúncias, constatou-se a ausência de alternativas para o controle da fecundidade de maneira voluntária no sistema público, com elevado número de esterilização por laqueadura. Esse procedimento muitas vezes foi realizado de maneira ilegal, junto com a cesariana e sem o consentimento das mulheres, atingindo principalmente as pobres e negras, sendo realizado por instituições que recebiam financiamento através de capital externo (VENTURA, 2009). Nesse período, aconteciam discussões sobre controle de natalidade e economia, como forma de melhorar o desenvolvimento econômico nos países em desenvolvimento.

Somente oito anos depois de a Constituição Federal de 1988 ter assegurado aos cidadãos o direito ao planejamento familiar, esse direito foi regulamentado pela Lei Federal n.º 9.263, de 12/01/96. A Lei Federal n.º 9.263 foi sancionada no ano de 1996 com vetos presidenciais e no ano de 1997 passou a vigorar sem os vetos (VENTURA, 2009).

O planejamento familiar é considerado como o conjunto de ações para regular a fecundidade, com a garantia de igualdade de direitos, bem como com a limitação ou aumento do número de filhos pela mulher, pelo homem ou pelo casal; sendo garantido o acesso às informações, aos métodos de concepção e contracepção aceitos cientificamente e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, além de técnicas que estão disponíveis no

serviço para a regulação da fecundidade. O Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, tem o dever de promover condições e recursos que assegure o exercício do planejamento familiar de forma livre, garantida a liberdade de opção para o exercício do direito ao planejamento familiar (BRASIL, 1996).

Apesar dos seus benefícios, a Lei do Planejamento Familiar também apresenta alguns obstáculos para o exercício dos direitos reprodutivos. Por exemplo, a esterilização voluntária da mulher ao prever a autorização do cônjuge se essa opção ocorrer na vigência de união conjugal, no qual é notável a mudança na proteção individual de liberdade e autonomia corporal para o casal ou família (CARVALHO; VANZELA, 2020).

Outro obstáculo é a violação do direito de liberdade quanto à escolha da unidade de saúde que irá realizar a esterilização voluntária como método contraceptivo. A lei, em vez de permitir o planejamento familiar, torna-o dificultoso e demorado, não olhando para as demandas e características da sociedade. A maioria das mulheres de classe econômica menos favorecida e que não possui acesso aos serviços de saúde suplementar acaba sendo impedida de exercer seus direitos de liberdade, igualdade, dignidade da pessoa humana, intimidade, vida privada, entre outros, em razão dos requisitos legais (CARVALHO; VANZELA, 2020). Ainda, a idade mínima de 25 anos para realização da laqueadura e a pílula para contracepção de emergência também são considerados pontos polêmicos existentes na lei (VENTURA, 2009).

Apesar disso, no decorrer da implementação dos direitos reprodutivos nas leis e políticas brasileiras, as mudanças legislativas contra crimes sexuais e violência doméstica e a ampliação do direito ao aborto, em casos específicos, puderam ser identificados (VENTURA, 2009). E, em 2004, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), buscou-se ampliar as ações que foram propostas pelo PAISM e consolidar os avanços dos direitos sexuais e reprodutivos, que inclui a atenção ao aborto inseguro, à violência sexual e doméstica, e ao avanço das questões sobre contracepção (BRASIL, 2004).

Muitos avanços aconteceram com a implantação do PNAISM, tais como: ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, disponibilização de testes rápidos de gravidez e disponibilização dos Testes Rápidos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para a detecção precoce de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2017). No entanto, alguns desafios ainda estão presentes, tais como: a garantia do acesso de todos os métodos contraceptivos e o acesso à informação qualificada nas unidades básicas de saúde; ampliação

do acesso ao DIU (Dispositivo Intrauterino) de cobre na atenção básica e nos hospitais, para que a mulher possa ter a opção de iniciar um método altamente eficaz após o parto e abortamento; qualificar a atenção em saúde sexual para todos os ciclos de vida; e aumentar a corresponsabilização dos parceiros com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas, à prevenção das IST/HIV/Aids, no cuidado dos filhos e atividades domésticas (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, de 2005, também trouxe uma série de diretrizes e ações voltadas para a saúde reprodutiva, entre as quais: a ampliação no SUS da oferta de métodos contraceptivos reversíveis; a distribuição de materiais educativos como cartilhas sobre direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais; capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para atuar no planejamento familiar; atenção em reprodução humana assistida no SUS; ampliação do acesso a cirurgias de esterilização voluntária, pois ainda há dificuldade de acesso para que homens e mulheres realizem esse tipo de procedimento; implantação dos serviços de atenção às mulheres e adolescentes que são vítimas de violência sexual e doméstica; e atenção às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2005).

Em 2010, por meio do Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, a abordagem da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos na diversidade sexual, com ações não somente para homens e mulheres, mas também para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), também representa um grande avanço na área da saúde (BRASIL, 2010).

No âmbito internacional, em Montevidéu no Uruguai, no ano de 2013, teve a primeira reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe, originando o Consenso de Montevidéu, que reafirmou a vigência dos objetivos e metas do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 e teve entre as medidas prioritárias a garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e a igualdade de gênero (NAÇÕES UNIDAS, 2013).

No ano de 2015, a ONU lançou a Agenda 2030, que foi referendada pelo Brasil. Essa agenda visa a estimular ação em áreas de importância humanitária e para o planeta nos próximos quinze anos. Ela possui 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas que buscam assegurar os direitos humanos de todas as pessoas, alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas. Dentre os 17 ODS propostos, o quinto

objetivo propõe “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”, buscando, entre as metas, propostas acabar com todas as formas de discriminação e violência, assegurando acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos (ONU, 2015).

A Agenda 2030 também trouxe inovações para esta área da saúde, como a criação de indicadores de avaliação do acesso à saúde sexual e reprodutiva, contemplando a proporção de mulheres que tomam decisões informadas acerca de suas relações sexuais, uso de métodos contraceptivos e o cuidado com a saúde reprodutiva, além de indicadores para monitorar o número de países com leis e regulamentos que garantam o acesso total e igualitário aos cuidados, as informações e educação relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (ODS, 2022).

Mais recentemente, em 2019, no Quênia, realizou-se a Cúpula de Nairobi, sendo a mesma ocorrida 25 anos após a CIPD do Cairo (CIPD25). Entre as ações propostas, houve o comprometimento dos países em atuar nas necessidades não atendidas de informações, planejamento reprodutivo e disponibilidade de contraceptivos modernos e seguros da população (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019).

Contudo, mesmo com a longa trajetória e com os atuais estímulos para o alcance dos direitos sexuais e reprodutivos, a tentativa de retrocessos na lei se faz presente. Nos últimos anos, segmentos conservadores têm criado ações que buscam intervir em direitos sexuais e reprodutivos já conquistados (PAULA et al., 2018) e, recentemente, a Nota Técnica N°016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, que orientava as ações sobre a continuidade do cuidado à saúde da mulher durante a pandemia da COVID-19, foi retirada pelo MS (CNS/MS, 2020). Ainda, a dificuldade de acesso a contraceptivos (GONÇALVES et al., 2019), o desconhecimento sobre contracepção (NOVO; PRETTI; TORRES, 2018) e a ausência de abordagem na atenção básica sobre direitos sexuais e reprodutivos, gênero e sexualidade (SEHNEM et al., 2019) mostra a necessidade de fortalecimento desses serviços e dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

1.2 Assistência à saúde reprodutiva na Atenção Básica à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de assistência à saúde utilizado por diversos países desde a década de 1960, com intento de ampliar o acesso e a efetividade do

sistema de saúde e modificar a abordagem curativa, individual e hospitalar dos sistemas nacionais de saúde, de modo a estabelecer um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007).

A partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, buscou-se conceituar a APS (FAUSTO; MATTA, 2007) a partir da seguinte definição de Cuidados Primários de Saúde:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.1).

Essa perspectiva de APS direcionada à população mais pobre e aos serviços com tecnologia limitada e simplificada teve resistências no Brasil. Alguns atores da política de saúde consideravam que essa perspectiva se contrapunha aos ideais da Reforma Sanitária de um sistema de saúde de base universal. No entanto, a APS ganhou ênfase com o passar do tempo no país, mas foi adotado o termo Atenção Básica de Saúde (ABS) com a intenção de enfatizar a reorientação do modelo de assistência no SUS, diferentemente do contexto internacional que permanece usando o termo APS (ALMEIDA et al., 2018; FAUSTO; MATTA, 2007).

A ABS é o primeiro nível de atenção, tem uma abordagem basilar e direciona os demais níveis de atenção dos sistemas de saúde. No Brasil, a ABS é o primeiro nível de atenção, ou seja, a porta de entrada do indivíduo e quando se inicia o processo da atenção no sistema de saúde, sendo representada pelas unidades de saúde que compõe a ABS. Entre as ações governamentais para reorganizar o modelo de atenção à saúde no SUS com ênfase na ABS, destaca-se a criação do Programa de Agente Comunitários de Saúde no ano de 1991, do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com revisão de diretrizes e normas (ALMEIDA et al., 2018).

De acordo com a Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006, a ABS no Brasil é assim definida:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver

os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASI, 2007, p.12).

Considerando a assistência à saúde reprodutiva, os serviços de ABS devem ofertar ações educativas, seja para o casal, em grupo ou de maneira individual e disponibilizar o acesso a informações, meios, métodos e técnicas de controle da fecundidade que não traga prejuízos à saúde das pessoas, garantindo seus direitos de forma livre e informada, por meio de atividades de aconselhamento, atividades educativas e clínicas integradas (BRASIL, 2013).

Os profissionais de saúde devem atuar no planejamento reprodutivo de acordo com a Lei do Planejamento Familiar de n.º 9.263 de 1996, a fim de compreender as expectativas das pessoas quanto à reprodução e ajudá-las na realização de tais expectativas, respeitando suas decisões (BRASIL, 2013). Sobre o termo planejamento familiar, com o passar dos anos, ele foi sendo substituído por planejamento reprodutivo, pelo motivo da concepção ser abrangente e incluir o adolescente, o jovem ou as pessoas adultas que possuem ou não união estável ou desejam ou não constituir uma família (BRASIL, 2010).

Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, que busca assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à mulher, durante a gravidez, parto e puerpério, e permitir a criança um nascimento seguro, com crescimento e desenvolvimento de maneira saudável. Os seus componentes são: 1) Pré-Natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e 4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Os seus princípios orientadores são: respeito, proteção e realização dos direitos humanos; respeito à diversidade cultural, étnica e racial; promoção da equidade; enfoque de gênero e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. As diretrizes são a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo inclusive no âmbito da atenção básica (Portaria n.º 1.459, de 24 de Junho de 2011).

Percebe-se que a Rede Cegonha não versa explicitamente o planejamento reprodutivo ou familiar entre os seus componentes estratégicos, apesar de assinalar a garantia dos direitos sexuais reprodutivos e assistência ao planejamento reprodutivo. A partir da análise do modelo lógico das ações e funcionamento desta Rede, verificou-se que a gravidez indesejada é um problema mencionado pelo MS e relacionado com a mortalidade materna e neonatal, mas o seu pacote de ações é restrito e direcionado para as mulheres após ficarem grávidas e, portanto, não contempla outras pessoas que não desejam engravidar e ter filhos

(CAVALCANTI et al., 2013).

Além disso, outros problemas ainda estão presentes na atenção básica, no campo do planejamento reprodutivo, tais como: dificuldade profissional para realizar atividades educativas sobre sexualidade; falta da sistematização da oferta de contraceptivos de emergência; atividades educativas direcionadas apenas para contracepção, não abordando a concepção; assistência ao planejamento reprodutivo direcionado ao público feminino, com ênfase em mulheres com filhos e companheiros, pouca frequência dos homens nas reuniões de planejamento reprodutivo (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015); indisponibilidade de insumos contraceptivos e a participação insuficiente da equipe multidisciplinar no planejamento reprodutivo (FIUZA et al., 2015). Apesar de as ações de saúde sexual e reprodutiva serem um dos eixos prioritários da ABS, verificou-se que não há a garantia que essas ações sejam efetivamente aplicadas nesses serviços, pois parece haver uma lacuna entre o que existe nas políticas públicas e o que realmente é realizado nas organizações de saúde (PAIVA; CAETANO, 2020).

Mesmo com os avanços na melhoria da atenção à saúde sexual e reprodutiva após três décadas da implantação do SUS, 1990-2020, ainda há limitações e existem diversas barreiras que vão desde questões referentes à disponibilidade de métodos contraceptivos e fragilidades no planejamento reprodutivo até a qualidade da assistência dos serviços, o que demonstra a necessidade da melhoria quanto à organização e acesso aos serviços de saúde reprodutiva do SUS.

1.3 COVID-19 e repercussões sobre o acesso à saúde e contracepção

A COVID-19 foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, sendo caracterizada uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 11 de março de 2020. Trata-se de uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, cuja transmissão acontece por meio do contato com gotículas respiratórias e a pessoa infectada pode apresentar sintomas comuns como: febre, cansaço, tosse seca, dores, congestão nasal, dor de cabeça, dor de garganta, perda de paladar ou olfato, entre outros, que melhoram após tratamento. Cerca de uma em cada seis pessoas apresentam sintomas mais

graves e desenvolvem dificuldade respiratória podendo ir a óbito (OPAS/OMS-BRASIL, 2020).

A pandemia da COVID-19 produziu impactos sociais e políticos e nesse contexto as populações vulnerabilizadas foram afetadas de forma negativa, tornando-se mais vulneráveis (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021). A ausência de um plano de ação que considerasse os impactos da COVID-19 nas populações em vulnerabilidade social, e a desigualdade na oferta e disponibilidade de serviços públicos para a população no combate à COVID-19, tornaram-se mais evidentes durante a pandemia (AFFONSO et al., 2021).

Com a chegada dessa pandemia a comunidade de planejamento reprodutivo tem voltado a sua atenção para reduzir as consequências pelo não atendimento às necessidades de anticoncepção das mulheres (WEINBERGER et al., 2020). O Instituto Guttmacher realizou recentemente uma estimativa e sugeriu que, ao longo do ano, com um declínio proporcional de 10% no uso de anticoncepcionais reversíveis de curta e longa duração, resultantes de interrupções devido ao COVID-19, em 132 países de baixa e média renda, traria um impacto com aumento de cerca de 48,6 milhões de mulheres com a necessidade não atendida de contracepção e cerca de 15 milhões de gravidezes indesejadas adicionais (RILEY et al., 2020).

Segundo uma pesquisa realizada pela International Planned Parenthood Federation (IPPF), o risco de gestações indesejadas e contracepção não atendidas aumentam à medida que se faz necessário o fechamento de clínicas fixas e móveis de serviços que disponibilizam assistência à saúde reprodutiva, pois reduz o atendimento às mulheres e afeta diretamente na disponibilidade de anticoncepcionais, tornando-os escassos e inacessíveis durante a pandemia por COVID-19 (IPPF, 2020).

Cuidados têm sido preconizados para evitar uma gestação como forma de proteger as mulheres, visto que complicações específicas da gestação podem se agravar no curso da COVID-19, contudo, em alguns países o acesso à saúde sexual e reprodutiva já era precária na ausência da pandemia. A dificuldade de acesso a métodos e procedimentos contraceptivos no SUS representa um obstáculo enfrentado por muitas brasileiras, e inclui a indisponibilidade de preservativos, de pílulas anticoncepcionais e a suspensão de cirurgias de esterilização (MENDES, 2020).

O acesso aos serviços de saúde é o uso oportuno desses serviços, conforme a necessidade da pessoa (PETERS et al., 2008), tendo a disponibilidade como uma de suas dimensões (O' DONNELL, 2007). Essa dimensão caracteriza-se por serviços e recursos de

saúde em quantidade e qualidade conforme as necessidades dos usuários, bem como a forma de organização dos recursos para o atendimento das pessoas que procuram o serviço de saúde. A indisponibilidade dos serviços e a falta de informações constituem barreiras dessa dimensão (ENSOR; COOPER, 2004; PETERS et. al., 2008).

A capacidade de acesso e do uso de anticoncepcionais influencia positivamente na saúde reprodutiva das mulheres, contribuindo para a redução da gravidez indesejada, impactando na vida, na saúde, na autonomia e no bem-estar das mulheres e de suas famílias, sendo a anticoncepção essencial nos cuidados de saúde reprodutiva (NANDA et al., 2020).

Conforme os sistemas médicos e clínicas se preparam para a assistência às pessoas com COVID-19, as estratégias para aprimorar os recursos de saúde precisarão ser específicas para cada país. Nesse interim, é importante a garantia da continuidade da assistência à saúde reprodutiva das mulheres caso haja interrupção dos serviços, mantendo o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o fornecimento de anticoncepcionais, pois representa uma estratégia ampla de atenuação do COVID-19, além de sustentar o sucesso dos serviços de planejamento reprodutivo que contribuem para a redução da mortalidade materna (NANDA et al., 2020).

1.4 Equidade de gênero em saúde

Abordar a temática de equidade de gênero em saúde perpassa pelas relações de gênero construídas histórica e socialmente. Ao falar sobre a mulher e sua posição na sociedade, ela aparece como um ser mais frágil, com maior sensibilidade e vaidade comparada ao homem, sendo essas concepções dissimuladas com argumentos aparentemente científicos, mas que se trata de uma construção social. Outras perspectivas seriam de que a mulher é naturalmente voltada aos cuidados domésticos, enquanto o homem por ser mais forte é aquele que “caça”. Exemplos como esses perpetuam a ideologia da dominação masculina, como se fosse algo comum desde a antiguidade, contudo, nesse período não existia nenhuma forma de dominação de um sexo pelo outro (ROMFELD, 2015).

A transição da sociedade patriarcal foi lenta e gradual não existindo ao certo o momento histórico exato em que as sociedades patriarcais passaram a existir. Como as mulheres ficavam responsáveis pelos cuidados com os filhos, pelo grupo e pela provisão

alimentar elas tinham menos tempo livre que o homem, que passou a exercer controle sobre a natureza e sexualidade da mulher. Através da abstração deste “controle” o conceito de superioridade/transcendência do homem passou a ser exercido sobre a natureza e a mulher (MURARO, 2000). O patriarcado então transforma o afeto existente em relações de poder, consolidadas na família monogâmica. Nesse modelo, a centralidade da mulher cede ao predomínio masculino (ENGELS, 2002).

O machismo, a cultura patriarcal e a inferioridade da mulher são ideias embasadas na desigualdade entre os sexos, que por anos ocuparam a mente humana (KOLONTAI, 2011). Apesar das conquistas oriundas dos movimentos feministas, ainda existe o patriarcado, que coloca as mulheres em papel de submissão e vulnerabilidades (ROMFELD, 2015). Essa cultura patriarcal parte do princípio que homens e mulheres possuem diferenças biológicas (corpo masculino x corpo feminino) tidas como justificativas próprias ou naturais para a divisão social do trabalho e a diferença social construída entre os gêneros (BOURDIEU, 2014). É nesse raciocínio por meio do qual foi determinado o mito da inferioridade da mulher. Nesse entendimento, observa-se que a opressão de gênero surge em período anterior à sociedade capitalista (ROMFELD, 2015).

Com o passar dos anos as mulheres começaram a trabalhar nas empresas, mas isso não significou que o machismo deixou de existir no mercado de trabalho, mas pela necessidade de mais trabalhadores, com vistas ao acúmulo de capital. Além disso, a mulher tinha um trabalho mais intensificado, recebia bem menos que os homens e tinha uma jornada de trabalho extensa (SAFFIOTI, 2013).

No Brasil, em um contexto marcado por comportamentos machistas e relações de dominação e poder entre os sexos, as mulheres se destacaram ao se inserir em movimentos sociais reivindicatórios, na busca por igualdade nas relações e para superar o modelo sociocultural de opressão. Nessa luta na busca pela libertação e emancipação feminina, somado à busca pela garantia de direitos, surgiu o movimento feminista (VEDANA; GERVASONI, 2020).

O feminismo é considerado um movimento político que estabelece um questionamento sobre as relações de poder, opressão e exploração de grupo de pessoas sobre outras, indo contra o poder do patriarcado, e tendo propostas de transformações sociais, econômica, política e de ideologia social (TELES, 2017).

No Brasil, esse movimento é representado por três momentos ou “ondas”. A primeira onda foi marcada pela luta das mulheres pelo voto e pelos direitos políticos. A segunda onda,

mais precisamente no início dos anos 1970, as mulheres passaram a discutir a sua sexualidade, as relações de poder e de igualdade para leis e costumes, na luta contra a predominância masculina, violência sexual e direito ao exercício do prazer (PINTO, 2003).

O período da ditadura militar no país coincidiu com a segunda onda do feminismo, quando houve o cerceamento do direito à liberdade de expressão e a violação das liberdades básicas dos cidadãos (VEDANA; GERVASONI, 2020), juntamente com o domínio da visão patriarcal e conservadora, confinando as mulheres no papel de donas de casa e promotoras de valores familiares tradicionais (BRASIL, 2014). Essa fase do feminismo foi importante para a garantia de igualdade de gênero no âmbito do trabalho e no comportamento sexual, assim como para reivindicações das mulheres negras e mulheres pobres (TELES, 1993).

A feminista Rose Marie Muraro (1930-2014), defensora das ideias libertárias, julgava que o pensamento binário entre homem e mulher na sociedade deveria ser superado, juntamente com a crítica ao sistema patriarcal de dominação (BARROS, 2017). O pensamento feminista constituiu quatro conceitos, androcentrismo, patriarcado, sexismo e gênero, que se relacionam e servem para examinar os mecanismos de exclusão social, conhecer as suas causas e propor soluções de mudança dessa realidade (GARCIA, 2015).

No século XX, em 1970, o feminismo utilizou o termo patriarcado em suas análises, o que significou identificar até onde iria o domínio e controle dos homens sobre as mulheres. Contudo, nesse controle patriarcal foi observado que atingia os campos das famílias, das relações sexuais, do trabalho, entre outros. Partindo da ideia de que “o pessoal é político” tratava-se de um sistema opressor, visto que os problemas individuais das mulheres eram comuns a todas as mulheres e não um fato individual. Sendo o objetivo fundamental do feminismo extinguir o patriarcado como organização política (GARCIA, 2015).

Conforme o país de atuação, o patriarcado passa por mudanças, por exemplo, na Arábia Saudita as mulheres não têm direitos fundamentais, já na Europa elas alcançaram seus direitos formalmente, ainda que situações de discriminação e violência de gênero oriundas do mundo do trabalho se fazem presentes (GARCIA, 2015). No Brasil, ainda existem as diferenças salariais entre homens e mulheres, a divisão de tarefas domésticas e aspectos de violência contra as mulheres (ROMFELD, 2015).

A terceira onda do feminismo, a partir da década de 1990, ocorreu quando houve forte participação das mulheres no processo de redemocratização e participação sobre os processos de institucionalização e discussão das diferenças de gênero (PINTO, 2003). A quarta onda do feminismo teve início em 2010 e foi decorrente do ativismo virtual conhecido por

Ciberativismo, apesar dessa nova fase não ser um consenso entre segmentos e pensadoras feministas (CASTRO, 2020). Essa quarta onda trouxe ao feminismo a pauta da diversidade, da interseccionalidade e da mobilização de coletivos com a finalidade de realizar manifestações. A organização dessa nova fase do feminismo é mais fluída e suas ativistas se reúnem por meio de redes sociais para novas articulações (SILVA; CARMO; RAMOS, 2021). As ações interseccionais trazem como pautas a identidade de gênero e as lutas frente ao racismo (PEREZ; RICOLDI, 2019).

Em âmbito estrutural, o estado brasileiro ainda falha na garantia dos direitos fundamentais das mulheres, especialmente os referentes aos direitos sexuais e reprodutivos (VEDANA; GERVASONI, 2020). Há barreiras de várias ordens à autonomia das mulheres no país, o que mantém as desigualdades de gênero em vários segmentos da vida social, como a política, o mercado de trabalho e principalmente relacionada à violência doméstica e sexual (ODM, 2014).

Ao tratar de gênero no feminismo, parte-se do princípio de que o feminino e o masculino não são fatos naturais ou biológicos, mas são consideradas construções socioculturais, tendo como propósito principal pela teoria feminista desmontar o preconceito de que o cultural ou humano é uma criação masculina e a biologia delimita o feminino (GARCIA, 2015). Nesse pensamento, a condição da mulher é considerada uma condição naturalizada, porém, os mecanismos ideológicos fazem com que parte das pessoas não consiga enxergar a desigualdade entre os gêneros (ROMFELD, 2015).

O conceito de gênero na área de saúde é utilizado para marcar as características dos comportamentos de grupos de pessoas, firmar as diferenças entre feminino e masculino e enfocar as relações estabelecidas entre esses na esfera social e que trazem repercussões para o estado de saúde, acesso e uso dos serviços de saúde. De uma forma geral, gênero significa o conjunto de seres ou objetos que tem a mesma origem ou que se acham ligados por semelhança de uma ou mais características (BARATA, 2009).

Na esfera da saúde, a equidade de gênero em saúde visa a garantir às mulheres e aos homens oportunidades iguais de acesso aos recursos necessários para proteger e promover sua saúde, em um contexto de diversidade sexual e étnica; devendo o Estado garantir o direito à saúde e ao tratamento das desigualdades de gênero como pré-condições para o alcance da igualdade de gênero (OMS, 2014).

É fundamental a incorporação da perspectiva de gênero nos programas de saúde, considerando as diferenças e a promoção da igualdade de gênero em saúde, visto que quando

os indivíduos não se encaixam nas normas, relações ou papéis de gênero estabelecidos, enfrentam estigma, discriminação ou exclusão social. Fatores como a renda, escolaridade, idade, etnia, orientação sexual e o local de moradia, são determinantes relevantes para a saúde. Esses fatores ao cruzar com a desigualdade de gênero podem piorar a discriminação, os riscos à saúde e o acesso aos recursos para atingir a saúde (OPAS, 2015).

Quando se fala em dimensão de gênero nas políticas de saúde, deve-se atentar para a dimensão social dos processos de adoecimento e não nas diferenças relacionadas às condições de saúde com relação às diferenças biológicas de mulheres e homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Enquanto as mulheres apresentam maior prevalência de problemas como transtorno mental comum, doenças crônicas, problemas circulatórios, emocionais, tontura/vertigem, insônia, além de maior desvantagem nos indicadores socioeconômicos, os homens, por sua vez, apresentam mais comportamentos não saudáveis de saúde, como o consumo de álcool e tabagismo e mortalidade excessiva por causas evitáveis, como acidente de trânsito e homicídios (BASTOS; CANESQUI; BARROS, 2015).

Esses dados demonstram a necessidade de promover a equidade de gênero em saúde, considerando as diferenças, as necessidades de gênero e os aspectos sociais que permeiam a população, reduzindo as barreiras e as desigualdades necessárias. Segundo Ferraz e Kraiczky (2010), “é somente num contexto de saúde tomada como direito que a política de saúde pode e deve se comprometer a promover a equidade de gênero”.

1.5 Autonomia reprodutiva

A evolução da sociedade sob uma predominância patriarcal limitou e ainda tem limitado a autonomia das mulheres em diversos setores da vida, seja no coletivo ou individual, resultando na constante busca pela igualdade de gênero e autonomia. Apesar das conquistas históricas muitas mulheres ainda possuem restrições e dificuldades para o exercício de sua autonomia, que inclui a autonomia reprodutiva.

Anualmente, cerca de 50% das gestações que acontecem nos Estados Unidos não são planejadas. Essa situação varia entre as mulheres americanas, conforme idade, raça e condição socioeconômica, acometendo em maior número as mulheres de baixa renda, de cor e entre 18 e 24 anos (NALL et al., 2019).

No Brasil, conforme os dados da pesquisa Nacional Nascido no Brasil, que entrevistou

23.984 puérperas e foi realizado de 2011 a 2012, 55,4% das mulheres entrevistadas tiveram uma gravidez não planejada, estando a idade mais jovem dentre os fatores associados (THEME-FILHA et al., 2016). Esse resultado demonstra a presença de dificuldades no acesso às ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, mesmo com a disponibilidade e variedade de métodos para contracepção ofertados pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

Apesar de existirem alguns estudos acerca da autonomia reprodutiva no Brasil, a decisão quanto ao desejo de engravidar, dar prosseguimento a uma gravidez ou ser genitora, e as situações que envolvem as mulheres quanto à continuidade ou o final de uma gestação, ainda sofrem influências do companheiro ou familiares, não partindo de uma decisão exclusivamente feminina (BRANDÃO et al., 2020).

A autonomia pode ser explicada sob diversos conceitos dependendo do contexto em que se apresenta. Soares (2011) associa a autonomia ao poder de participação em processos de decisão e na autonomia física relacionada ao próprio corpo, levando em consideração a maternidade. Para Soares, a autonomia feminina é considerada como a capacidade que a mulher tem de poder tomar decisões sobre a sua própria vida, conforme seus desejos, dentro de um contexto histórico (NASCIMENTO; MOTA, 2019).

Segundo Grace e Anderson (2016), a autonomia reprodutiva está na capacidade de decidir sobre a saúde reprodutiva, que pode sofrer impactos por várias formas de políticas e pressões individuais e sistemáticas, que inclui a coerção do governo, por exemplo, esterilizações forçadas, leis que restringem a fertilidade ou aborto, dentre outros, e a questão cultural ou pressão social relacionada às normas e expectativas reprodutivas.

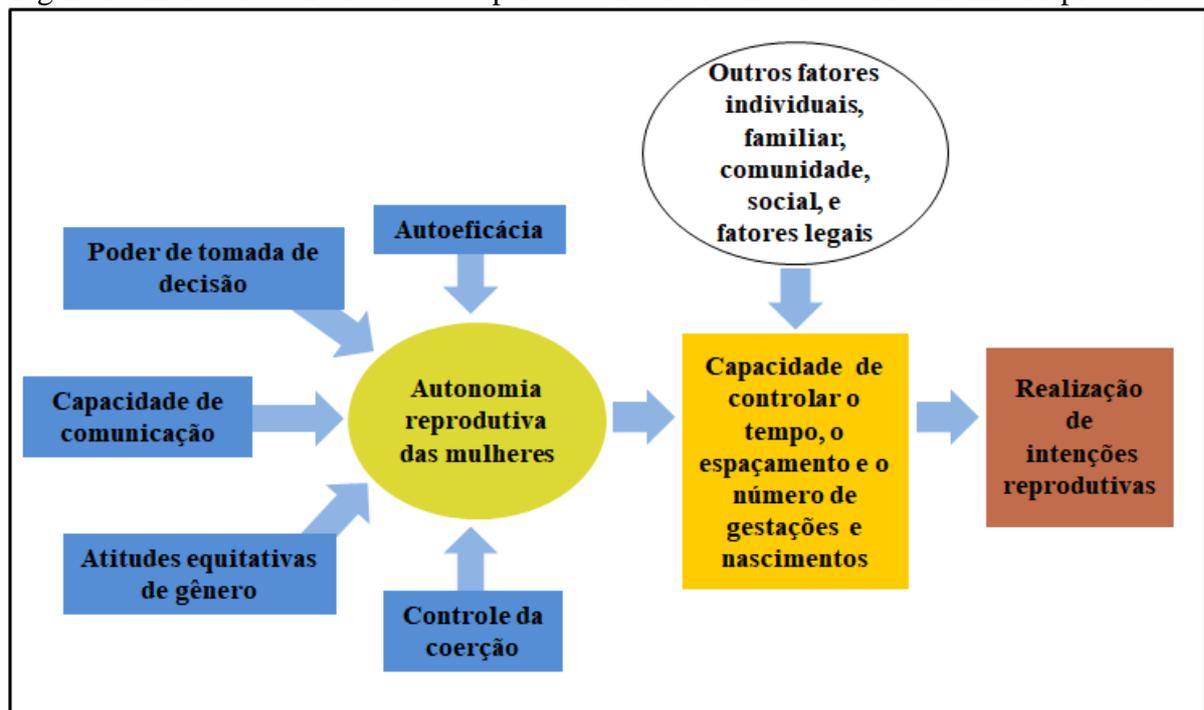
Upadhyay et al. (2014) utilizam o conceito de autonomia reprodutiva proposto por Kabeer (2001) como um constructo abrangente de “empoderamento das mulheres”, definido pela expansão da capacidade das mulheres de realizar escolhas de vida na qual essa capacidade lhes foi negada em momento anterior. As autoras também trazem o conceito de Purdy (2006) que diz que a autonomia reprodutiva é o poder de decisão e controle de questões relacionadas ao uso de métodos contraceptivos e gravidez, o que significa a capacidade que as mulheres têm de poder controlar quando e se desejam engravidar, quando fazer o uso da contracepção e se desejam utilizar algum método contraceptivo, bem como qual método utilizar, e se desejam engravidar ou dar continuidade a uma gravidez.

Upadhyay et al. (2014) desenvolveram o conceito de autonomia reprodutiva a partir de pesquisas sobre a diversidade de conceitos de empoderamento, autonomia e status das mulheres, concluindo que a autonomia reprodutiva é multidimensional. Os conceitos de

empoderamento direcionaram para cinco conceitos distintos, sendo: a autoeficácia, o poder de decisão, a capacidade de comunicação, as atitudes equitativas de gênero e o controle da coerção (FIGURA1).

As autoras apontam alguns fatores que devem ser avaliados simultaneamente junto à autonomia reprodutiva das mulheres, tais como: o controle sobre o número de gravidez, o espaço entre as gestações e o momento para engravidar, que sofre influência de fatores individuais, familiares e comunitários, fatores sociais e fatores legais, e citam exemplos a partir de estudos de Frost e Darroch (2008), Kost et al. (2008) e Wu et al. (2008), como: o conhecimento dos métodos para contracepção e de saúde reprodutiva, habilidades da pessoa quanto a utilização do uso adequado dos métodos contraceptivos, sentimentos da pessoa e suas atitudes relacionadas ao aborto e contracepção, restrições legais do aborto, formas de comportamento sexual e o acesso a anticoncepcionais (Figura 1).

Figura 1 - Estrutura conceitual usada para desenvolver a Escala de Autonomia Reprodutiva.



Fonte: Upadhyay et al., 2014.

A estrutura conceitual de autonomia reprodutiva construída por Upadhyay et al. (2014) consiste na decisão e empoderamento relacionado à saúde reprodutiva e consistiu em cinco constructos que deram origem a três subescalas, que inclui a tomada de decisão, gerenciamento da coerção e comunicação.

A autoeficácia é a crença na habilidade da pessoa decidir e ter o controle das questões

relacionadas ao uso de anticoncepcionais e gravidez. O poder de tomada de decisão foi conceituado como tendo voz primária (sozinha ou com um parceiro) sobre as questões relacionadas ao uso de anticoncepcionais, gravidez e ter um filho. A capacidade de comunicação é sentir-se confortável ao falar com o parceiro sobre tais questões. As atitudes equitativas de gênero sustentam a percepção de que homens e mulheres podem ter responsabilidades, necessidades e desejos sexuais e reprodutivos iguais. O controle da coerção representa a capacidade de evitar e/ou responder apropriadamente à coerção em relação ao uso de anticoncepcionais, gravidez e ter filhos (UPADHYAY et al., 2014).

O empoderamento, termo conhecido também por “*empowerment*”, tem origem nos Estados Unidos, na década de 1960, momento em que aconteciam os movimentos de direitos civis. Desde meados dos anos 1980, esse termo tornou-se popular, sendo o seu conceito considerado como parte do Movimento Social de Mulheres, principalmente entre as feministas do terceiro mundo, como forma de contestar os modelos de desenvolvimento que não reconheciam as mulheres (CRUZ, 2018). O empoderamento abarca a mudança individual e ação coletiva para modificar os processos e estruturas que reproduzem a mulher na posição de subordinada (LEÓN, 1997).

Nas decisões reprodutivas, por sofrerem certas imposições sociais e devido às próprias condições de vida, além da influência de fatores como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fatores econômicos, culturais, sociais e educacionais, muitas mulheres acabam sendo privadas de seus direitos sexuais e reprodutivos e vivenciam o planejamento reprodutivo de forma irreflexiva ou sob imposição (FERNANDES et al., 2020).

A interferência na tomada de decisão da mulher quanto à sua autonomia reprodutiva e que implica em sabotagem do controle de natalidade, com atitudes que vão desde danificar ou remover um preservativo, jogar fora contraceptivos orais, até pressionar para uma gravidez indesejada, bem como controlar a continuidade ou interrupção da gravidez, denomina-se coerção reprodutiva (GRACE; ANDERSON, 2016).

Ainda, a cultura patriarcal e a ausência de educação influenciam diretamente na autonomia reprodutiva das mulheres, sendo o conhecimento fundamental para o exercício da autonomia feminina na esfera reprodutiva. Muitas mulheres por não poderem trabalhar por decisão do marido, se tornam dependentes economicamente e também não lhes é permitido acesso ao planejamento reprodutivo, estando o número de filhos e o período entre as gestações em poder decisório do marido (PRINCEWILL et al., 2017). O uso de anticoncepcionais também tem influência de fatores como a tomada de decisão, habilidade de

negociação e relações de poder (GRINDLAY et al., 2018).

Diante das situações apresentadas, percebe-se que a autonomia reprodutiva ainda não é universal para todas as mulheres devido à influência de fatores econômicos, sociais e culturais que afetam diretamente no exercício dessa autonomia. Desse modo, torna-se importante que o profissional de saúde tenha um olhar diferenciado para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quanto à promoção de uma assistência integral, através do acesso à informação, da equidade de gênero em saúde e do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, independentemente de cor, condição social ou gênero.

2 MÉTODO

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo transversal com mulheres residentes no município do Rio de Janeiro.

2.2 Caracterização do campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro, que conta com uma ampla rede de serviços da atenção básica e, assim, constitui-se um lócus de pesquisa favorável para o estudo da autonomia reprodutiva das mulheres com associações às variáveis sobre disponibilidade de informação à contracepção e planejamento reprodutivo, como aqui se pretende.

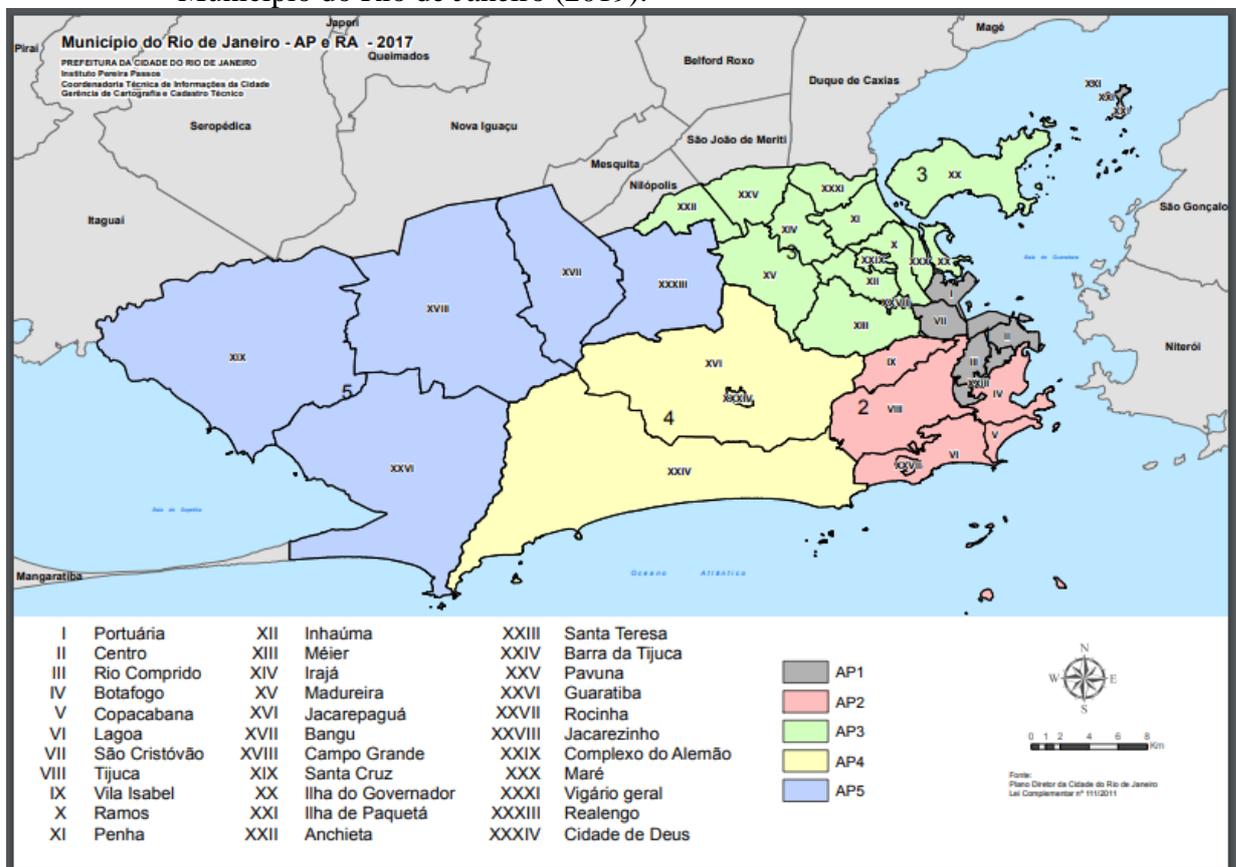
O município do Rio de Janeiro apresenta uma extensão territorial de 1.200.179 km², possui uma população total conforme o último censo, do ano de 2010, de 6.320.446 pessoas e uma densidade demográfica de 5.265,82 hab/km², além de uma estimativa de 6.747.815 habitantes no ano de 2020 (IBGE, 2020). Esse município possui 162 bairros organizados em 33 Regiões Administrativas (RA), sendo dividido geograficamente em 16 Regiões de Planejamento (RP) e cinco Áreas Programáticas (AP) de forma a organizar melhor o gerenciamento dos serviços de saúde (APÊNDICE A) (IPP, 2020).

As AP possuem particularidades conforme a história e a evolução da ocupação da cidade, e, por meio delas, são determinadas as características regionalizadas relacionadas à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade (PMS-RJ, 2013).

A AP1 tem elevada proporção de pessoas que moram em favelas (29,0%), mas é a área que concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade. A AP2 é a área com maior população de idosos e maior densidade demográfica da cidade, mas concentra o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, exceto pela Rocinha (29^a no

ranking do IDH). A AP3 é a área mais populosa da cidade e metade dos moradores de favelas do município vivem nessa região. A AP4 é a segunda maior área em extensão, cerca de um quarto do território da capital fluminense, com expansão urbana de pessoas de renda média e alta, contemplando a segunda maior população e menor densidade demográfica da cidade. A AP5 é a segunda área mais populosa do município e uma região de expansão urbana de populações de média e baixa renda (PMS-RJ, 2013). A figura 2, a seguir, apresenta o mapa do município do Rio de Janeiro com as suas AP e RA.

Figura 2 - Mapa das Áreas de Planejamento (AP) e Regiões Administrativas (RA) do Município do Rio de Janeiro (2019).



Fonte: Instituto Pereira Passos, Rio de Janeiro, 2019.

2.3 População e amostra

A população desta pesquisa constituiu-se por mulheres adultas, em idade reprodutiva e residentes no município do Rio de Janeiro. Considera-se mulher em idade reprodutiva de 10 a 49 anos (BRASIL, 2011).

Para estimar o tamanho dessa população, considerou-se o tamanho da população estimada de mulheres no ano de 2020, com faixa etária entre 15 a 49 anos e moradoras do município do Rio de Janeiro, totalizando 1.758.145 mulheres (IBGE, 2020).

O cálculo amostral foi realizado no aplicativo Epi Info (CDC), versão 1.4.3, com nível de confiança de 95%, limite de confiança de 5% e frequência esperada de 50%, resultando na amostra de 384 mulheres. As elegíveis foram todas as mulheres de 18 a 49 anos, residentes no município do Rio de Janeiro, usuárias do SUS e com vida sexual iniciada. Dessas, 501 acessaram o questionário e 115 não prosseguiram até o seu final em virtude de respostas que conduziam para o seu encerramento por não atender os critérios de seleção, tais como: não ser residente no município do Rio de Janeiro, não utilizar os serviços públicos de saúde do SUS e não ter iniciado a vida sexual. Em virtude disso, a amostra do estudo foi constituída por 386 mulheres.

A estratégia de seleção utilizada foi por meio de amostragem por julgamento, também conhecida como amostragem intencional. Trata-se de um tipo de amostragem não probabilística em que a seleção dos elementos acontece através do critério pessoal do pesquisador, não sendo aplicado nenhum tipo de sorteio para selecionar os elementos. Nessa amostragem, os elementos selecionados são considerados como representativos da população que se deseja pesquisar, tendo como desvantagem os resultados não serem necessariamente válidos para toda a população (MEDRONHO et al., 2009).

2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão deste estudo foram: mulheres em idade reprodutiva, de 18 anos até 49 anos, que iniciaram a vida sexual, usuárias das unidades públicas da atenção básica à saúde e residentes no município do Rio de Janeiro.

Foram excluídas as mulheres analfabetas e optou-se por não incluir as adolescentes por constituírem um grupo etário com limitações legais na tomada de decisão de forma autônoma e dependerem da anuência de seus responsáveis legais quanto ao seu cuidado à saúde reprodutiva.

2.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de questionário, que é o instrumento que contempla perguntas acerca de uma ou mais variáveis mensuradas e que são congruentes com o problema e hipótese da pesquisa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Em face do contexto pandêmico, optou-se por utilizar um questionário eletrônico construído via formulário eletrônico, autoaplicável e composto por cinco partes ou seções (APÊNDICE B). A primeira parte do instrumento é composta pelas informações sobre os objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a concordância de participação voluntária no estudo e por questões relacionadas aos critérios de inclusão do estudo, como município de residência e utilização de serviços públicos da rede básica, que possibilitavam ou não a progressão para a segunda parte do questionário.

A segunda seção do instrumento possibilitou a caracterização do perfil sociodemográfico e de saúde reprodutiva das participantes, contemplando duas questões que impediam a progressão para a terceira seção do questionário se a resposta fosse negativa, como a idade igual ou superior a 18 anos e história de relação sexual. Os bairros de residência das respondentes foram agrupados por AP, conforme descrito na página 42.

A terceira parte do questionário permitiu a obtenção dos dados da caracterização do perfil da saúde reprodutiva das mulheres. Algumas perguntas referentes ao planejamento familiar e contracepção foram baseadas no questionário dos moradores do domicílio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 (IBGE, 2013).

A quarta seção do questionário se constituiu por questões acerca da disponibilidade de informações sobre contracepção, planejamento familiar e acesso à unidade básica, nos últimos 12 meses que antecederam a coleta de dados durante a pandemia por COVID-19, cujas respostas foram do tipo “sim” e “não”. Apesar da terminologia “planejamento reprodutivo” ser mais atual e completa, optou-se pelo uso da nomenclatura “planejamento familiar” no questionário por ser a mais conhecida pelo público em geral.

As questões relacionadas às informações sobre contracepção e planejamento familiar foram agrupadas formando dois domínios, denominados contracepção e planejamento reprodutivo. A proporção de respostas “sim” recebeu uma pontuação entre zero e um e quanto mais próximo de 1 maior é a disponibilidade de informação.

As perguntas que formaram o domínio contracepção foram: Nos últimos 12 meses,

Você recebeu orientações sobre contracepção na unidade básica? Você foi informada sobre as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo na unidade básica? Você se considera informada acerca dos métodos para evitar uma gravidez não planejada/indesejada? Você considera que a unidade básica oferece as informações necessárias para a prevenção da gravidez não planejada/indesejada?

As perguntas que formaram o domínio planejamento reprodutivo foram: Nos últimos 12 meses, você participou de grupo de planejamento familiar na unidade básica? O seu parceiro participou de grupo de planejamento familiar na unidade básica? Você considera que a unidade básica favorece a mulher decidir livremente acerca da saúde reprodutiva/contracepção?

As perguntas sobre o acesso à unidade básica durante a pandemia por COVID-19 foram: A pandemia da COVID-19 prejudicou o seu acesso à unidade básica de saúde? A pandemia da COVID-19 dificultou o seu acesso ao planejamento familiar e contracepção na unidade básica? A pandemia da COVID-19 dificultou a aquisição dos métodos contraceptivos oferecidos pela unidade básica?

Por fim, a quinta e última seção do instrumento foi formada pelas perguntas que avaliaram a autonomia reprodutiva e perguntas concernentes à Escala de Autonomia Reprodutiva “*Reproductive Autonomy Scale*”, adaptada para o português brasileiro por Fernandes et al. (2019) (ANEXO A).

Essa escala é composta por 14 itens e se subdivide em três subescalas: tomada de decisão, com quatro questões; ausência de coerção, com cinco questões; e comunicação, com cinco questões. A primeira subescala abarca perguntas sobre quem tem a decisão final nas situações reprodutivas, contemplando três opções de respostas: meu parceiro sexual (ou familiar, como os pais, ou sogra/sogro) = 1 ponto; ambos, eu e meu parceiro sexual (ou familiar) igualmente = 2 pontos; eu = 3 pontos. A segunda subescala é composta por questões acerca da coação que as mulheres podem sofrer. A terceira subescala é constituída por perguntas sobre a comunicação entre as mulheres e seus parceiros (ou familiar) acerca do relacionamento sexual e decisões reprodutivas.

Na segunda e terceira subescalas, as respostas são do tipo Likert: eu discordo muito (1 ponto); eu discordo (2 pontos); eu concordo (3 pontos); eu concordo muito (4 pontos). Contudo, nos itens da subescala ausência de coerção essa pontuação é invertida em virtude do constructo coerção ser teoricamente contrário à autonomia reprodutiva. A pontuação média é calculada para cada uma das três subescalas, podendo variar de 1,00 a 4,00. Os escores

maiores indicam níveis mais altos de autonomia reprodutiva (FERNANDES et al., 2019; UPADHYAY et al., 2014).

2.4.1 Variáveis do estudo

As variáveis independentes são relativas aos domínios de disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, bem como sobre o acesso ao serviço de saúde reprodutiva durante a pandemia da COVID-19.

As variáveis relacionadas ao domínio contracepção foram: recebimento de orientações sobre contracepção, informações sobre vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos, informação sobre métodos para evitar uma gravidez não planejada/indesejada e oferta de informações para prevenir a gravidez não planejada/indesejada.

As variáveis relacionadas ao domínio do planejamento reprodutivo foram: participação em grupo de planejamento familiar, participação do parceiro no grupo de planejamento familiar e apoio à mulher na tomada de decisão livre sobre a sua saúde reprodutiva/contracepção.

As variáveis de acesso à saúde reprodutiva durante a pandemia por COVID-19 foram: acesso prejudicado à unidade de saúde pela pandemia da COVID-19, acesso dificultado ao planejamento familiar/contracepção pela pandemia da COVID-19 e aquisição dificultada de métodos contraceptivos pela pandemia da COVID-19.

A variável dependente é a Autonomia Reprodutiva, que é composta pelas seguintes subvariáveis: tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação.

As outras variáveis são as do perfil sociodemográfico: local de residência, idade, cor da pele, escolaridade, anos de estudo, estado marital (solteira; casada e/ou unida; separada e/ou divorciada e/ou viúva) e atividade sexual.

E as variáveis do perfil da saúde reprodutiva: número de gestações, número de partos, história de gravidez indesejada, história e número de aborto (não havendo distinção entre o tipo de aborto, provocado ou espontâneo), utilização e tipo de método contraceptivo, motivo do não uso de contraceptivo e tipo de unidade básica de saúde.

2.5 Técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados através da técnica *e-survey*, com a aplicação do questionário eletrônico do tipo *Google Forms*®, através da internet e da técnica de aplicação de questionário autoaplicável por dispositivo móvel *Tablet*. O período de coleta de dados aconteceu de fevereiro a abril de 2021.

A coleta de dados ocorreu em duas fases, uma de modo virtual e outra de modo presencial. Na primeira fase realizou-se a divulgação e a captação das mulheres elegíveis à participação na pesquisa em redes sociais, onde foram criadas páginas no *Facebook* e *Instagram* apenas com essa finalidade. A divulgação do estudo, bem como o convite para participar, foi por meio do encaminhamento do *link* dessas páginas para amigos e grupos organizados por mulheres, estudantes e associações. Todas as divulgações foram realizadas após o contato prévio por mensagem, no modo privado, e autorização de seus organizadores. A captação também se deu por meio do aplicativo *WhatsApp*, com a divulgação do link para amigos, grupos de família e grupos de estudantes.

Por insuficiência do número de questionários preenchidos na primeira semana, com apenas 19 respondentes dentro dos critérios de seleção, e na iminência de um confinamento devido ao período pandêmico atual, para realizar a pesquisa dentro do período proposto foi necessário recorrer à coleta de dados em locais abertos ao público em geral, como ruas, praças, parques e áreas externas aos museus, através de uma abordagem simples e aleatória de mulheres que estavam nesses locais. Os bairros de Madureira, São Cristóvão, Tijuca e Copacabana foram onde a coleta de dados presencial foram realizadas. Optou-se por estes bairros por possuírem grande circulação de pessoas por trabalho ou lazer e serem localidades que poderiam proporcionar uma boa captação e adesão das mulheres para a pesquisa. O fato de nem todas as mulheres serem moradores desses bairros justificou a variedade de bairros apresentados e o maior número de participantes em determinadas áreas programáticas.

A maior parte da coleta aconteceu de forma presencial, em dias de semana, finais de semana e feriados, pois era muito pequeno o retorno advindo das redes sociais e grupos de *WhatsApp*, o que inviabilizaria a coleta de dados em tempo hábil. O questionário eletrônico e autoaplicável foi aplicado pela própria pesquisadora através do uso de aparelho tipo *Tablet*, com acesso à internet, ambos viabilizados por recursos próprios.

2.6 Técnica de análise dos dados

Nessa etapa da pesquisa, os dados coletados por via virtual e presencial foram armazenados na Planilha *Google*® e posteriormente transferidos para a planilha do tipo *Excel*®, do pacote *Office 2016* para *Windows*®, com intento de organizar as informações.

A planilha *Excel*® depois de organizada foi transferida para o *software* de estatística *R* procedendo-se às análises descritiva e inferencial. Foram utilizadas medidas de frequências absoluta e relativa, medidas de tendência central como média, mediana, moda, valor mínimo e valor máximo, medida de distribuição de desvio-padrão e medidas de assimetria como quartis e intervalo interquartil (IQ).

Na análise inferencial foram aplicados testes estatísticos para verificar:

- A relação entre o escore dos três domínios de autonomia reprodutiva com as variáveis de perfil sociodemográfico e de perfil reprodutivo;
- A relação entre o escore dos três domínios de autonomia reprodutiva com o escore dos dois domínios de disponibilidade de informações e as questões sobre o efeito da pandemia da COVID-19 no acesso à UBS;
- A relação apresentada através dos modelos de regressão linear simples entre o escore dos três domínios de autonomia reprodutiva com as variáveis de perfis, bem como a relação entre o escore dos três domínios de autonomia reprodutiva com os escores dos dois domínios de disponibilidade de informações.

As respostas das variáveis acerca da disponibilidade de informações, por serem dicotômicas, foram representadas pelos números: 1 para “sim” e 2 para “não”. Para a avaliação da disponibilidade de informações foram feitos escores para os domínios contracepção e planejamento reprodutivo com uma pontuação de 0 a 1. A interpretação se deu através da proporção de respostas “sim”, sendo um número entre zero e um. Quanto mais próximo de 1 maior é a disponibilidade de informação sobre contracepção e planejamento reprodutivo de acordo com a opinião das mulheres.

Para a avaliação da autonomia reprodutiva utilizou-se 1 para “eu discordo muito”, 2 para “eu discordo”, 3 para “eu concordo” e 4 para “eu concordo muito”. Essa numeração foi invertida nas respostas concernentes ao item da Escala “Ausência de Coerção”, conforme a instrução dos seus elaboradores. Para a avaliação da autonomia reprodutiva foram realizados escores para a tomada de decisão com pontuação variando de 1 a 3, e escores para ausência de

coerção e comunicação, com pontuação variando de 1 a 4. Através da média dos pontos nas questões de autonomia reprodutiva compreende-se que quanto mais próximo de 3 para tomada de decisão e quanto mais próximo de 4 para ausência de coerção e comunicação, maior é a percepção das mulheres sobre sua autonomia reprodutiva, contudo, quanto mais próximo de 1 menor é essa percepção.

Inicialmente, utilizou-se o Teste de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição normal dos dados e evitar a subjetividade. Através desse teste constatou-se que os escores das variáveis do estudo apresentaram distribuição não normal, a uma significância estatística de 5%. Dessa forma, foram utilizados testes não-paramétricos para determinar se existe relação estatística significativa entre um escore e uma variável categórica. Segundo Ziegler, Comerlato e Santos (2020) os testes não paramétricos são uma classificação do teste de hipótese, utilizada quando os dados apresentam uma distribuição não normal.

Os Testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis, de Wilcoxon e o Coeficiente de Correlação de Spearman foram utilizados para estudar a associação entre as variáveis de perfil sociodemográfico, de perfil reprodutivo e de disponibilidade de informações com a autonomia reprodutiva.

Para a análise das variáveis categóricas que possuíam três ou mais categorias e para verificar se existe relação entre as variáveis categóricas e o escore, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Segundo Darski et al. (2020), esse teste é utilizado para comparar variáveis ordinais ou contínuas entre três ou mais grupos independentes.

Para testar as variáveis categóricas que possuíam apenas duas categorias de resposta utilizou-se o teste de Wilcoxon. Conforme Comerlato; Santos e Ziegler (2020) esse tipo de teste exige que a variável seja dicotômica e que tenha somente duas categorias de resposta. O teste de Wilcoxon com correção de Holm também foi utilizado para a comparação em pares de variáveis categóricas que apresentaram diferença estatística significativa pelo teste de Kruskal-Wallis, para determinar quais as diferenças de sua distribuição em relação ao escore. Ainda havendo diferença estatística significativa entre a distribuição do escore em duas categorias da variável categórica, realizou-se a análise da parte descritiva para verificar quais categorias possuíam valores maiores ou menores conforme escore.

Para estudar a relação entre uma variável numérica e o escore aplicou-se o Coeficiente de correlação de Spearman. O coeficiente de correlação de Spearman “é uma estatística não-paramétrica, que permite avaliar variáveis quantitativas se não estiverem normalmente distribuídas ou se possuírem categorias ordenadas, isto é, variáveis qualitativas ordinais”

(DIAZ et al, 2020, p. 180). Nesse teste, primeiro verifica-se o resultado do p-valor e em seguida o valor do coeficiente R para identificar o comportamento do relacionamento, positivo ou negativo, e por último realiza-se a avaliação qualitativa quanto a sua intensidade.

Para a interpretação dos coeficientes de correlação de Spearman acerca do comportamento do relacionamento e da intensidade, de acordo como referencia Diaz et al. (2020), considera-se que:

O comportamento do relacionamento da correlação entre variáveis contempla:

- Valor do intervalo de coeficiente de correlação: -1 a +1, sendo -1 para um relacionamento negativo ou inverso perfeito e +1 para um relacionamento positivo ou direto perfeito. Para um valor de zero indica nenhum relacionamento;
- Para o coeficiente R negativo: as variáveis são negativamente correlacionadas e variam em sentidos opostos – quanto maior o valor de uma variável menor tende a ser o valor da outra variável;
- Para o coeficiente R positivo: as variáveis são positivamente correlacionadas e variam no mesmo sentido – quanto maior o valor de uma variável maior tende a ser o valor da outra variável.

A intensidade da correlação conforme o resultado do coeficiente de correlação entre variáveis a partir dos seguintes critérios:

- Nula ou inexistente – 0,000;
- Fraca – 0,001 a 0,299 (coeficiente com valor próximo de zero);
- Regular ou moderada- 0,300 a 0,599;
- Forte – 0,600 a 0,899 (coeficiente com valor próximo de 1 ou de -1);
- Muito forte – 0,900 a 0,999;
- Plena ou perfeita – 1,000.

Posteriormente, para verificar a relação de cada escore das três dimensões da autonomia reprodutiva com o conjunto de variáveis do perfil sociodemográfico, do perfil reprodutivo e dos escores de disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, foram realizados Modelos de Regressão Linear Simples ajustados.

O modelo de regressão é utilizado para verificação da relação entre variáveis preditores (independentes) e variável desfecho (dependente) (MOREIRA et al., 2020).

Nesses modelos o p-valor representa se o efeito do parâmetro tem significância estatística. Para p-valor menor que 5% é possível afirmar que o efeito do parâmetro é

significativo estatisticamente, ou seja, a variável independente exerce influência na variável dependente. Nessa análise foi considerado o valor do efeito diferente de zero.

Para a interpretação dos modelos observou-se as variáveis que possuem relação estatística significativa e se a relação é positiva ou negativa.

- Para relação positiva: ao aumentar uma unidade o escore da variável independente o valor esperado da variável dependente aumenta;
- Para relação negativa: ao aumentar uma unidade o escore da variável independente o valor esperado da variável dependente diminui.

Em todas as análises aqui descritas foi considerado como nível de significância p-valor menor que 5% ($p < 0,05$). Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

2.7 Aspectos éticos do estudo

O estudo respeitou a legislação concernente às pesquisas envolvendo seres humanos, como a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e obteve parecer de aprovação número 4.457.907 (ANEXO B).

Para a participação na pesquisa cada participante fez a leitura dos termos e realizou a assinatura do TCLE (APÊNDICE C). Na fase de coleta de dados em locais de acesso ao público geral, esse termo foi impresso em duas vias e assinado pela participante e pesquisadora, ficando ambas com uma via.

3 RESULTADOS

A descrição dos resultados é iniciada pelos dados descritivos das características de perfil sociodemográfico, de perfil reprodutivo, de disponibilidade de informações e da avaliação da autonomia reprodutiva, seguidos pelos resultados das associações das dimensões da autonomia reprodutiva com a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo.

3.1 Caracterização sociodemográfica e do perfil reprodutivo da amostra

A amostra estudada foi de 386(100%) mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. A idade dessas mulheres variou entre 18-49 anos, com média de 31,77 anos e desvio padrão de 8,54 anos. A maior parte delas se autodeclararam de cor parda (47,4%), seguida da cor branca (26,2%) e da cor preta (24,9%). Quanto ao nível de instrução, a maioria possui ensino médio completo ou incompleto (53,1%) e nível superior completo ou incompleto (34,5%). Para o estado marital houve predominância das mulheres solteiras (53,4%), seguida das casadas (42,2%) e separadas, divorciadas ou viúvas (4,4%). A região administrativa predominante foi AP3 (41,7%), como descreve a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis de perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis Sociodemográficas | n(%) |
|-----------------------------|------------|
| Idade* | |
| Faixa etária | |
| 18 a 25 anos | 105 (27,2) |
| 26 a 33 anos | 117 (30,3) |
| 34 a 41 anos | 104 (26,9) |
| 42 a 49 anos | 60 (15,5) |
| Cor da pele | |
| Parda | 183(47,4) |
| Branca | 101(26,2) |
| Preta | 96(24,9) |
| Amarela | 5 (1,3) |
| Indígena | 1(0,3) |

Tabela 1 - Distribuição das variáveis de perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis Sociodemográficas | n(%) |
|---|-------------|
| Escolaridade | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 48(12,4) |
| Ensino médio completo ou incompleto | 205(53,1) |
| Ensino superior completo ou incompleto | 133(34,5) |
| Estado marital | |
| Solteira | 206(53,4) |
| Casada / Unida | 163(42,2) |
| Separada / Divorciada ou Viúva | 17(4,4) |
| Área Programática | |
| 1 | 90 (23,3) |
| 2 | 65 (16,8) |
| 3 | 161 (41,7) |
| 4 | 16 (4,1) |
| 5 | 54 (14,0) |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: *Idade – Média = 31,77; Moda = 35; Mediana = 32; Desvio Padrão (DP) = 8,54; Mínimo = 18; Máximo = 49; 1º Quartil = 24,25; 3º Quartil= 39.

A tabela 2 descreve o perfil da saúde reprodutiva das mulheres entrevistadas, sendo observado que a maioria delas já ficou grávida (71,7%) e teve parto anterior (68,1%). Da totalidade, 36,3% mulheres tiveram gravidez não desejada e 22,5% já abortaram. Quanto ao uso de métodos contraceptivos, 38,6% das mulheres não os utilizam.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis do perfil da saúde reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis Reprodutivas | n (%) |
|--|--------------|
| Número de gestações | |
| Nenhuma | 109 (28,2) |
| Uma vez | 105 (27,2) |
| Duas vezes | 90 (23,3) |
| Três vezes ou mais | 82 (21,2) |
| Número de partos | |
| Nenhum | 123 (31,9) |
| Um | 124 (32,1) |
| Dois | 84 (21,8) |
| Três ou mais | 55 (14,2) |
| História de gravidez indesejada | |
| Não | 246 (63,7) |
| Sim | 140 (36,3) |
| História de aborto | |
| Não | 299 (77,5) |

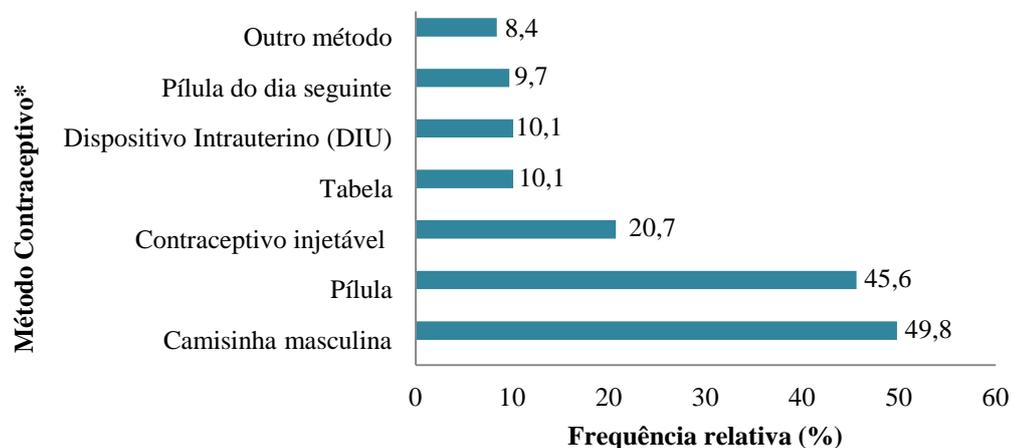
Tabela 2 - Distribuição das variáveis do perfil da saúde reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis Reprodutivas | n (%) |
|-------------------------------------|------------|
| Sim | 87 (22,5) |
| Número de abortos por mulher | |
| Um aborto | 60 (15,5) |
| Dois abortos ou mais | 19 (4,9) |
| Não respondeu | 8 (2,1) |
| Uso de método contraceptivo | |
| Sim | 237 (61,4) |
| Não | 149 (38,6) |

Fonte: A autora, 2021.

Na figura 3, estão representados os tipos de métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres, sendo os mais frequentes a camisinha masculina (49,8%), a pílula (45,6%) e o contraceptivo injetável (20,7%). Os outros métodos utilizados são a camisinha feminina, laqueadura, diafragma e coito interrompido, representando 8,4% do total.

Figura 3 - Principais métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=237).

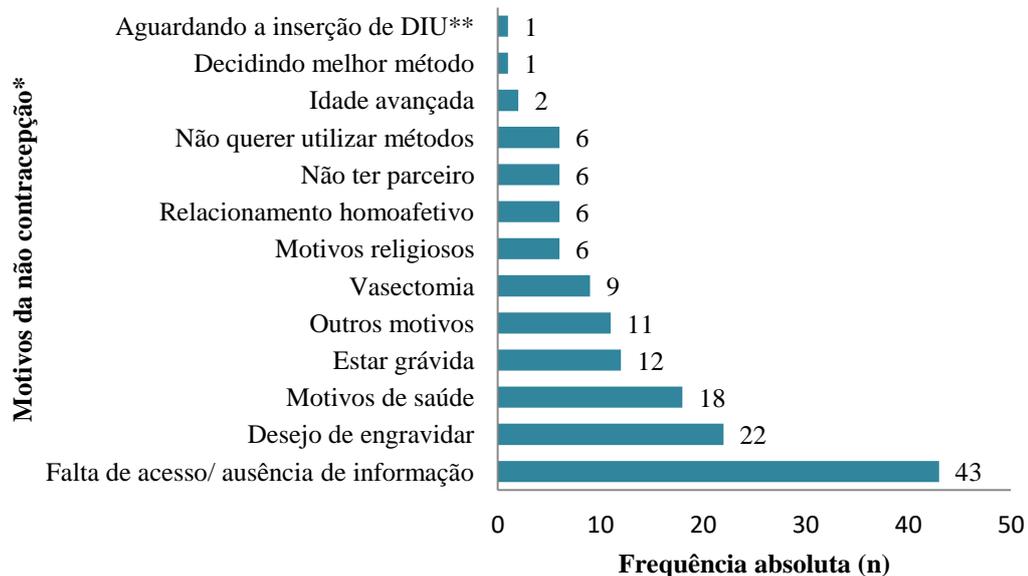


Fonte: A autora, 2021.

*Admitiu-se mais de uma resposta.

Os principais motivos para a não utilização do método contraceptivo estão descritos na figura 4. Entre eles, os mais citados foram: a falta de acesso ou ausência de informação (43) e o desejo de engravidar (22). Das respondentes, 11 não justificaram os motivos da não utilização de algum método e quarenta relataram a realização de ligadura tubária, não sendo representado na figura por ser considerado um método contraceptivo definitivo.

Figura 4 - Principais motivos da não utilização de método contraceptivo entre as mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n= 149).



Fonte: A autora, 2021.

*Admitiu-se mais de uma resposta; **DIU = Dispositivo intrauterino.

Cabe ressaltar que todas as mulheres incluídas no estudo eram usuárias dos serviços públicos de saúde, sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) a mais utilizada (255; 66,1%) em comparação com o Centro Municipal ou Posto de Saúde (131; 33,9%).

3.2 Disponibilidade de informações sobre contraceção e planejamento reprodutivo na atenção básica à saúde

A tabela 3 descreve a disponibilidade de informações sobre contraceção e planejamento reprodutivo na unidade básica durante a pandemia por COVID-19. Do total das participantes, 33,9% receberam orientações sobre contraceção, 9,6% participaram de grupo de planejamento familiar e apenas 3,9% das mulheres contaram com a presença do parceiro nessa atividade de grupo.

Das respondentes, 63,5% receberam informações necessárias para prevenir uma gravidez não planejada ou indesejada. Contudo, somente 50,8% se sentiram informadas sobre as vantagens e desvantagens de cada método. Apesar disso, 84,5% das mulheres se consideram informadas sobre os métodos contraceptivos para evitar uma gravidez não

planejada ou indesejada.

Em relação à livre tomada de decisão sobre a saúde reprodutiva e contracepção, apenas 37,6% se sentiram apoiadas pela unidade de saúde. A maioria das mulheres avaliou que a pandemia por COVID-19 influenciou na disponibilidade de informações nos serviços de atenção básica, prejudicando o acesso à unidade básica de saúde (78,2%) e dificultando o acesso ao planejamento familiar e/ou contracepção (61,1%), porém, menos da metade das respondentes considerou que dificultou a aquisição dos métodos contraceptivos (47,2%).

Tabela 3 - Disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo na unidade básica de saúde na avaliação da amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386).

| Variáveis de Disponibilidade de Informações | f (%) |
|---|--------------|
| Informação sobre métodos para evitar uma gravidez não planejada/indesejada | 326 (84,5) |
| Acesso prejudicado à unidade de saúde pela pandemia da COVID-19 | 302 (78,2) |
| Oferta de informações para prevenir a gravidez não planejada/indesejada | 245 (63,5) |
| Acesso dificultado ao planejamento reprodutivo e contracepção pela pandemia da COVID-19 | 236 (61,1) |
| Informações sobre vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos | 196 (50,8) |
| Acesso dificultado para a obtenção dos métodos contraceptivos devido a pandemia da COVID-19 | 182 (47,2) |
| Apoio à mulher quanto à livre tomada de decisão sobre a saúde reprodutiva/contracepção | 145 (37,6) |
| Recebimento de orientações sobre contracepção | 131 (33,9) |
| Participação em grupo de planejamento reprodutivo | 37 (9,6) |
| Participação do parceiro no grupo de planejamento reprodutivo | 15 (3,9) |

Fonte: A autora, 2021.

3.3 Tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da Escala de Autonomia Reprodutiva

A grande parte das mulheres (81,6%) respondeu que é ela mesma que toma a decisão pelo qual método contraceptivo utilizar e são elas que têm a decisão final sobre o uso de um

método contraceptivo (71,8%). Quanto à decisão do que fazer diante de uma gravidez não planejada, 60,1% afirmaram que tomariam essa decisão sozinha. A decisão de quando ter um bebê ser apenas da mulher representou 54,1% e a decisão por ela juntamente com seu parceiro ou algum familiar representou 44,8% das respostas. Esse conjunto de dados pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas da subescala tomada de decisão na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386).

| Variáveis | Tomada de Decisão | | |
|--|--------------------------|---|--|
| | Somente a mulher f(%) | Mulher e parceiro sexual ou alguém da família f(%) | Parceiro sexual ou alguém da família f(%) |
| Decisão sobre qual método usaria para evitar a gravidez | 315(81,6) | 66(17,1) | 5(1,3) |
| Decisão sobre usar um método para evitar a gravidez | 277(71,8) | 106(27,5) | 3(0,8) |
| Decisão sobre o que fazer com a criança caso acontecesse uma gravidez não planejada (criar a criança, adoção ou realizar aborto) | 232(60,1) | 152(39,4) | 2(0,5) |
| Decisão sobre quando ter um bebê | 209(54,1) | 173(44,8) | 4(1,0) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto à subescala ausência de coerção, verificou-se que a maioria das mulheres respondeu que discordam muito ou discordam das seguintes assertivas sobre o uso de método contraceptivo: parceiro ter impedido (91,4%), parceiro ter atrapalhado ou dificultado quando elas desejaram utilizar (90,9%), parceiro tê-la forçado a utilização (89,7%), parceiro tê-la impedido a utilizar (94,1%) ou até mesmo tê-la pressionado para engravidar (91,5%). Essas informações estão descritas na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas da subescala ausência de coerção na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | |
|--|------------------------|------------------|------------------|------------------------|
| | Discordo Muito f(%) | Discordo f(%) | Concordo f(%) | Concordo Muito f(%) |
| Impedimento do parceiro para uso do método contraceptivo | 190(49,2) | 163(42,2) | 25(6,5) | 8(2,1) |

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas da subescala ausência de coerção na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | |
|--|------------------------|------------------|------------------|------------------------|
| | Discordo Muito f(%) | Discordo f(%) | Concordo f(%) | Concordo Muito f(%) |
| Atrapalho ou dificuldade por parte do parceiro do uso de contraceptivo quando desejou utilizar | 198 (51,3) | 153(39,6) | 27(7,0) | 8(2,1) |
| Ser forçada pelo parceiro a usar método contraceptivo quando não desejava | 182(47,2) | 164(42,5) | 33(8,5) | 7(1,8) |
| Impedimento por parte do parceiro de usar método contraceptivo quando desejasse utilizar | 196(50,8) | 167(43,3) | 20(5,2) | 3(0,8) |
| Pressão do parceiro para engravidar | 198(51,3) | 155(40,2) | 27(7,0) | 6(1,6) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A Tabela 6 demonstra os resultados relacionados à subescala comunicação, sendo identificado que predominaram as respostas de concordância e/ou muita concordância acerca da boa comunicação com seus parceiros quanto ao uso de um método para evitar a gravidez (86,2%), à facilidade de falar sobre sexo com o parceiro (89,4%), a dizer ao parceiro quando não querem ter relação sexual (89.1%), a conversar com o parceiro na dúvida de uma gravidez (93,5%) e a convencer o parceiro a não ter filhos (76.7%).

Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas da subescala comunicação na autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2021 (n=386).

| Variáveis | Comunicação | | | |
|---|------------------|------------------------|------------------|------------------------|
| | Concordo f(%) | Concordo Muito f(%) | Discordo f(%) | Discordo Muito f(%) |
| Apoio do parceiro para uso do método | 197(51,0) | 136(35,2) | 37(9,6) | 16(4,1) |
| Diálogo fácil sobre sexo com parceiro | 199(51,6) | 146(37,8) | 28(7,3) | 13(3,4) |
| Poder dizer ao parceiro quando não quer ter relação sexual | 213(55,2) | 131(33,9) | 31(8,0) | 11(2,8) |
| Poder conversar com parceiro na dúvida quanto a uma gravidez | 219(56,7) | 142(36,8) | 14(3,6) | 11(2,8) |
| Convencer o parceiro a não ter filho caso não quisesse engravidar | 202(52,3) | 94(24,4) | 64(16,6) | 26(6,7) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3.3.1. Tendência central, variabilidade e posição dos dados da disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo e da Escala de Autonomia Reprodutiva

As medidas de tendência central e dispersão ou variabilidade dos dados que contemplam os dois domínios contracepção e planejamento reprodutivo da disponibilidade de informações e os três domínios Tomada de Decisão, Ausência de Coerção e Comunicação da Escala da Autonomia Reprodutiva, podem ser visualizadas na Tabela 7.

Considerado a variação de 0 a 1, a disponibilidade de informações sobre contracepção alcançou a média de 0,58, próxima da mediana (0,5). Para a disponibilidade de informações sobre planejamento reprodutivo, a média foi de 0,34, menor que essa mesma mediana.

A avaliação da autonomia reprodutiva das mulheres encontrou valores mais elevados para a média e mediana em comparação com os domínios da disponibilidade de informações, indicando nível satisfatório da autonomia reprodutiva na amostra estudada.

Tabela 7 - Medidas da tendência central, dispersão e posição dos dados da disponibilidade de informações e autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n= 386).

| Domínios | Média | DP ^a | Mediana | 1ºQ - 3ºQ ^b | IQ ^c | Mín ^d | Máx ^e |
|--------------------------|-------|-----------------|---------|------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Contracepção | 0,58 | 0,32 | 0,5 | 0,25 – 0,75 | 0,5 | 0 | 1 |
| Planejamento Reprodutivo | 0,34 | 0,27 | 0,5 | 0 – 0,5 | 0,5 | 0 | 1 |
| Tomada de Decisão | 2,66 | 0,35 | 2,75 | 2,5 – 3 | 0,5 | 1,25 | 3 |
| Ausência de Coerção | 3,40 | 0,56 | 3,4 | 3 – 4 | 1 | 1 | 4 |
| Comunicação | 3,17 | 0,57 | 3 | 2,8 – 3,6 | 0,8 | 1 | 4 |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aDP = Desvio Padrão; ^b1ºQ – 3ºQ = 1º Quartil – 3º Quartil; ^cIQ = Intervalo Interquartil; ^dMín. = Mínimo; ^eMáx.= Máximo.

3.4 **Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com os domínios da Escala de Autonomia Reprodutiva**

As análises da relação estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre as variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com os três domínios da escala de autonomia reprodutiva estão descritas nesta subseção.

Considerando a tomada de decisão e a correlação com o perfil sociodemográfico, a

idade foi a única variável com resultado estatístico significativo ($p=0,032$), mas a correlação é fraca e negativa ($R=-0,11$). As variáveis de perfil reprodutivo com significância estatística foram: o estado marital ($p<0,001$), o desconhecimento de como evitar a gravidez (0,049) e a ligadura tubária (0,043), conforme descreve a tabela 8. Para as demais variáveis não houve resultado estatístico significativo e esse conjunto de dados podem ser observados no Apêndice D.

Tabela 8 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala tomada de decisão das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386).

| Variáveis | Tomada de Decisão | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------|---------------------------|---------------------------|----------|-------|
| | M_e^a | DP^b | $IQ(Q_{1/4} - Q_{3/4})^c$ | $M_d(\text{Mín.-Máx.})^d$ | p-valor | R^e |
| Perfil Sociodemográfico | | | | | | |
| Idade (anos) | 31,77 | 8,54 | 14,75(24,25 -39) | 32(18 – 49) | 0,032* | -0,11 |
| Estado Marital | | | | | <0,001** | |
| Solteira | 2,73 | 0,31 | 0,50(2,50-3) | 2,8(2-3) | | |
| Casada/ Unida | 2,56 | 0,38 | 0,75(2,25-3) | 2,50(1,25-3) | | |
| Separada/Divorciada ou Viúva | 2,72 | 0,32 | 0,50(2,50-3) | 2,8(2,25-3) | | |
| Perfil Reprodutivo | | | | | | |
| Não sabe como evitar gravidez | | | | | 0,049*** | |
| Não | 2,65 | 0,36 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,75-3) | | |
| Sim | 2,80 | 0,35 | 0,25(2,75-3) | 3(1,50-3) | | |
| Ligadura tubária | | | | | 0,043*** | |
| Não | 2,71 | 0,35 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,75-3) | | |
| Sim | 2,58 | 0,37 | 0,75(2,25-3) | 2,62(1,50-3) | | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^a M_e = Média; ^b DP = Desvio Padrão; ^c $IQ(Q_{1/4} - Q_{3/4})$ = Intervalo Interquartil (Primeiro Quartil -Terceiro Quartil); ^d $M_d(\text{Mín.- Máx.})$ = Mediana(Mínimo-Máximo); ^eValor Coeficiente R; *Coeficiente de Correlação de Spearman; **Teste de Kruskal-Wallis; ***Teste de Wilcoxon.

A relação estatisticamente significativa da ausência de coerção com as variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo foi verificada para a idade ($p=0,019$), para a AP de residência da mulher no município ($p=0,039$) e para a escolaridade ($p<0,001$), como apresenta a tabela 9. As medidas de força e direção da correlação para a idade indicam que a mesma é fraca e negativa ($R=-0,12$).

Comparando-se a diferença entre o grupo de mulheres que reside na AP1 e aquelas que moram na AP3 ($p=0,024$), as residentes na AP3 alcançaram maior média nos escores da ausência de coerção. As demais AP foram comparadas duas a duas e não houve diferença estatisticamente significativa entre elas.

Em relação à escolaridade, as mulheres com ensino superior têm média mais elevada nos escores da subescala do que aquelas que possuem ensino médio e fundamental. Logo, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a ausência de coerção.

As variáveis do perfil reprodutivo que apresentaram significância estatística foram: número de gravidez ($p = <0,001$), número de partos ($p = <0,001$), gravidez indesejada ($p = 0,01$), pílula ($p = 0,034$) e tabela ($p = 0,003$). Para as demais variáveis, não houve valor estatístico significativo (APÊNDICE E).

Tabela 9 - Relação estatisticamente significante das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | | | |
|---|---------------------|--------|---------------------------|---------------------------|----------|-------|
| | M_e^a | DP^b | $IQ(Q_{1/4} - Q_{3/4})^c$ | $M_d(\text{Mín.-Máx.})^d$ | p-valor | R^e |
| Perfil Sociodemográfico | | | | | | |
| Idade (anos) | 31,77 | 8,54 | 14,75(24,25 -39) | 32(18 – 49) | 0,019* | -0,12 |
| Área Programática (AP) | | | | | 0,039** | |
| 1 | 3,25 | 0,57 | 0,80(3-3,80) | 3(1-4) | | |
| 2 | 3,44 | 0,58 | 1(3-4) | 3,60(1,80-4) | | |
| 3 | 3,46 | 0,57 | 1(3-4) | 3,60(1,40-4) | | |
| 4 | 3,38 | 0,47 | 0,65(3-3,65) | 3,50(2,60-4) | | |
| 5 | 3,41 | 0,51 | 1(3-4) | 3,40(2,20-4) | | |
| AP1 – AP3 | | | | | 0,024*** | |
| Escolaridade | | | | | <0,001** | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 3,08 | 0,6 | 0,65(2,80-3,45) | 3(1-4) | | |
| Ensino médio completo ou incompleto | 3,29 | 0,53 | 0,80(3-3,80) | 3(1,40-4) | | |
| Ensino superior completo ou incompleto | 3,68 | 0,48 | 0,60(3,40-4) | 4(1,80-4) | | |
| Perfil Reprodutivo | | | | | | |
| Número de Gravidez | | | | | <0,001** | |
| Nenhuma | 3,58 | 0,58 | 1(3-4) | 4(1-4) | | |
| Uma vez | 3,35 | 0,51 | 1(3-4) | 3,20(1,60-4) | | |
| Duas vezes | 3,30 | 0,55 | 0,95(3-4) | 3,10(2-4) | | |
| Três vezes ou mais | 3,32 | 0,58 | 1(3-4) | 3,40(1,40-4) | | |
| Número de Partos | | | | | <0,001** | |
| Nenhum | 3,56 | 0,56 | 0,90(3,10-4) | 3,80(1-4) | | |
| Um | 3,39 | 0,53 | 1(3-4) | 3,20(1,60-4) | | |
| Dois | 3,27 | 0,55 | 1(3-4) | 3(2-4) | | |
| Três ou mais | 3,24 | 0,59 | 0,70(3-3,70) | 3,20(1,40-4) | | |
| Gravidez Indesejada | | | | | 0,01*** | |
| Não | 3,46 | 0,54 | 1(3-4) | 3,60(1-4) | | |
| Sim | 3,29 | 0,60 | 1(3-4) | 3,20(1,40-4) | | |

Tabela 9 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------|---|---|----------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ(Q _{1/4} - Q _{3/4}) ^c | M _d (Mín.-Máx.) ^d | p-valor | R ^e |
| Métodos Utilizados | | | | | | |
| Pílula | | | | | 0,034*** | |
| Não | 3,44 | 0,56 | 1(3-4) | 3,40(1,40-4) | | |
| Sim | 3,31 | 0,56 | 1(3-4) | 3(2-4) | | |
| Tabela | | | | | 0,003*** | |
| Não | 3,35 | 0,56 | 1(3-4) | 3,20(1,40-4) | | |
| Sim | 3,69 | 0,53 | 0,45(3,55-4) | 4(2,20-4) | | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aM_e = Média; ^bDP = Desvio Padrão; ^cIQ(Q_{1/4} - Q_{3/4}) = Intervalo Interquartil (Primeiro Quartil -Terceiro Quartil); ^dM_d(Mín.- Máx.) = Mediana(Mínimo-Máximo); ^eValor Coeficiente R; *Coeficiente de Correlação de Spearman; **Teste de Kruskal-Wallis; ***Teste de Wilcoxon.

Considerando a dimensão comunicação da Escala da Autonomia Reprodutiva, a idade tem relação com a dimensão da comunicação (p= 0,0042), mas essa correlação é fraca e negativa (R= -0,15). As variáveis da AP da residência (p= 0,007) e escolaridade (p<0,001) estão também relacionadas com essa dimensão (TABELA 10).

Comparando-se os escores da comunicação entre as residentes na AP1 e na AP3 (p= 0,0092), verificou-se que as residentes na AP3 têm escore médio maior que aquelas que residem na AP1. As demais AP foram comparadas duas a duas e não houve diferença estatisticamente significativa entre elas.

Quanto à escolaridade, observou-se uma relação direta, ou seja, quanto maior é a escolaridade, maior é a média dos escores de comunicação. A comparação dos escores médios das mulheres com ensino superior são mais elevados do que aquelas com ensino fundamental e ensino médio (p= 0,009), logo, a maior escolaridade está associada com a maior comunicação.

As variáveis de perfil reprodutivo relacionadas com o domínio da comunicação foram: número de gravidez (p= <0,001), número de partos (<0,001), gravidez indesejada (p= 0,001) e uso dos métodos contraceptivos, como pílula (p= 0,02), tabela (p= 0,007) e camisinha masculina (p= 0,092). Os dados das demais variáveis sem resultado estatístico significativo com o domínio da comunicação podem ser visualizados no Apêndice F.

Tabela 10 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala comunicação da autonomia reprodutiva nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | Comunicação | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---|---|----------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ(Q _{1/4} – Q _{3/4}) ^c | M _d (Mín.-Máx.) ^d | p-valor | R ^e |
| Perfil Sociodemográfico | | | | | | |
| Idade | 31,77 | 8,54 | 14,75(24,25 -39) | 32(18 – 49) | 0,0042* | -0,15 |
| Área Programática | | | | | 0,007** | |
| 1 | 3 | 0,61 | 0,40(2,80-3,20) | 3(1-4) | | |
| 2 | 3,18 | 0,51 | 0,60(3-3,60) | 3(1,40-4) | | |
| 3 | 3,23 | 0,57 | 0,80(3-3,80) | 3,20(1,40-4) | | |
| 4 | 3,35 | 0,42 | 0,60(3-3,60) | 3,30(2,60-4) | | |
| 5 | 3,19 | 0,59 | 0,90(2,85-3,75) | 3(1-4) | | |
| AP1 – AP3 | | | | | 0,0092** | |
| Escolaridade | | | | | <0,001** | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 2,87 | 0,53 | 0,40(2,60-3) | 3(1-4) | | |
| Ensino médio completo ou incompleto | 3,08 | 0,53 | 0,60(2,80-3,40) | 3(1,20-4) | | |
| Ensino superior completo ou incompleto | 3,41 | 0,56 | 1(3-4) | 3,60(1-4) | | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto – Ensino médio completo ou incompleto | | | | | 0,0097** | |
| Perfil Reprodutivo | | | | | | |
| Número de Gravidez | | | | | <0,001** | |
| Nenhuma | 3,38 | 0,50 | 0,80(3-3,80) | 3,40(2-4) | | |
| Uma vez | 3,13 | 0,61 | 0,80(2,80-3,60) | 3(1-4) | | |
| Duas vezes | 3,02 | 0,57 | 0,40(2,80-3,20) | 3(1-4) | | |
| Três vezes ou mais | 3,09 | 0,55 | 0,55(2,80-3,35) | 3(1,40-4) | | |
| Número de Partos | | | | | <0,001** | |
| Nenhum | 3,38 | 0,49 | 0,80(3-4) | 3,40(2-4) | | |
| Um | 3,13 | 0,59 | 0,80(2,80-4) | 3(1-4) | | |
| Dois | 2,99 | 0,63 | 0,45(2,75-4) | 3(1-4) | | |
| Três ou mais | 3,03 | 0,48 | 0,40(2,80-4) | 3(1,60-4) | | |
| Gravidez Indesejada | | | | | 0,001*** | |
| Não | 3,24 | 0,58 | 0,80(3-3,80) | 3(1-4) | | |
| Sim | 3,04 | 0,55 | 0,40(2,80-3,20) | 3(1,20-4) | | |
| Métodos Utilizados | | | | | | |
| Pílula | | | | | 0,02*** | |
| Não | 3,27 | 0,56 | 0,80(3-3,80) | 3(1-4) | | |
| Sim | 3,11 | 0,56 | 0,40(2,80-3,20) | 3(1,20-4) | | |
| Tabela | | | | | 0,007*** | |
| Não | 3,17 | 0,57 | 0,80(2,80-3,60) | 3(1-4) | | |
| Sim | 3,51 | 0,46 | 0,80(3,15-3,85) | 3,60(2,60-4) | | |
| Camisinha Masculina | | | | | 0,092*** | |
| Não | 3,13 | 0,55 | 0,60(3-3,60) | 3(1-4) | | |

Tabela 10 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala comunicação da autonomia reprodutiva nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Comunicação | | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------|---|---|---------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ(Q _{1/4} - Q _{3/4}) ^c | M _d (Mín.-Máx.) ^d | p-valor | R ^e |
| Sim | 3,27 | 0,57 | 1(2,80-3,80) | 3,20(1,20-4) | | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aM_e = Média; ^bDP = Desvio Padrão; ^cIQ(Q_{1/4} - Q_{3/4}) = Intervalo Interquartil (Primeiro Quartil - Terceiro Quartil); ^dM_d(Mín.- Máx.) = Mediana(Mínimo-Máximo); ^eValor Coeficiente R; *Coeficiente de Correlação de Spearman; **Teste de Kruskal-Wallis; ***Teste de Wilcoxon.

Apesar de as médias dos escores da comunicação sugerirem uma elevada autonomia reprodutiva, as menores médias foram para as mulheres residentes na AP1, com ensino fundamental e dois filhos.

3.5 Análise das associações entre disponibilidade de informações e tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da Escala de Autonomia Reprodutiva

Inicialmente, descrevemos os resultados da análise da correlação entre os escores da tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da escala da autonomia reprodutiva com as variáveis da disponibilidade de informações sobre a contracepção e planejamento reprodutivo, assim como desses escores com as variáveis sobre o efeito da pandemia da COVID-19.

Verificou-se que a comunicação da autonomia reprodutiva está correlacionada com a disponibilidade de informações sobre contracepção (p= 0,033), embora essa correlação seja fraca e positiva (R= 0,11). Esse resultado sugere uma relação direta, ou seja, que quanto maior a disponibilidade de informações sobre contracepção, maior a comunicação na autonomia reprodutiva. Os demais dados analisados não apresentaram resultado estatístico significativo, como pode ser verificado na Tabela 11.

Tabela 11 - Correlação entre os domínios contracepção e planejamento reprodutivo da disponibilidade de informações e as subescalas da autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021(n= 386).

| Domínios | Tomada de Decisão | | Ausência de Coerção | | Comunicação | |
|--------------------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|
| | p-valor ^a | R ^b | p-valor ^a | R ^b | p-valor ^a | R ^b |
| Contracepção | 0,64 | 0,024 | 0,46 | 0,038 | 0,033 | 0,11 |
| Planejamento Reprodutivo | 0,073 | -0,091 | 0,28 | -0,055 | 0,85 | -0,0097 |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aCoefficiente de Correlação de Spearman; ^bValor do coeficiente R.

Considerando a correlação entre os efeitos da pandemia da COVID-19 e os escores da tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da Escala da Autonomia Reprodutiva, o acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) está correlacionado à ausência de coerção da autonomia reprodutiva ($p= 0,028$), como exibem os dados da tabela 12. Para os demais dados analisados não houve resultado estatístico significante (APÊNDICE G).

Tabela 12 - Correlação entre as variáveis da pandemia da COVID-19 e a tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386).

| Variáveis | Tomada de Decisão | | Ausência de Coerção | | Comunicação | | |
|--|-------------------|---|---------------------|---|----------------|---|----------------|
| | f ^a | M _e ^b ± DP ^c | p ^d | M _e ^b ± DP ^c | p ^d | M _e ^b ± DP ^c | p ^d |
| Pandemia da COVID-19 | | | | | | | |
| Prejudicou o acesso à UBS | | | 0,22 | | 0,028 | | 0,11 |
| Sim | 302 | 2,65 ± 0,34 | | 3,43 ± 0,57 | | 3,18 ± 0,60 | |
| Não | 84 | 2,68 ± 0,39 | | 3,30 ± 0,53 | | 3,11 ± 0,48 | |
| Dificultou o acesso ao Planejamento Familiar/Contraceptivo | | | 0,82 | | 0,32 | | 0,92 |
| Sim | 236 | 2,66 ± 0,35 | | 3,41 ± 0,59 | | 3,15 ± 0,62 | |
| Não | 150 | 2,65 ± 0,36 | | 3,38 ± 0,53 | | 3,19 ± 0,50 | |
| Dificultou a aquisição dos métodos ofertados | | | 0,61 | | 0,2 | | 0,95 |
| Sim | 182 | 2,67 ± 0,35 | | 3,42 ± 0,60 | | 3,16 ± 0,61 | |
| Não | 204 | 2,65 ± 0,36 | | 3,38 ± 0,53 | | 3,17 ± 0,54 | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^af = frequência; ^bM_e = Média; ^c±DP = ±Desvio Padrão; ^dp-valor - Teste de Wilcoxon.

Para testar especificamente a resposta “sim” e a resposta “não” para a dificuldade de acesso à UBS na pandemia da COVID-19 com a ausência de coerção, empregaram-se as medidas de tendência central e dispersão juntamente com o Teste de Wilcoxon para verificar se existem diferenças significativas entre os resultados nessas duas situações. O resultado foi estatisticamente significativo ($p=0,028$), confirmando a associação do acesso à UBS prejudicado durante a pandemia da COVID-19 com a ausência de coerção.

Apesar dos escores ausência de coerção do grupo de mulheres que respondeu afirmativamente para o acesso prejudicado à USB na pandemia serem próximos ao do grupo que respondeu negativamente para esse efeito, os valores da média e mediana são maiores nas mulheres que responderam “sim”, ou seja, apesar de se sentirem prejudicadas quanto ao acesso à unidade de saúde, elas tiveram bom resultado para a ausência de coerção (TABELA 13).

Tabela 13 - Associação entre as variáveis do acesso prejudicado pela pandemia da COVID-19 com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021(n=386).

| Variável | Ausência de Coerção | | | | | p-valor ^f |
|--|---------------------|-----------------------------|-----------------|---|---|----------------------|
| | f ^a | M _e ^b | DP ^c | IQ(Q _{1/4} – Q _{3/4}) ^d | M _d (Máx.-Mín.) ^e | |
| Acesso à UBS prejudicado pela Pandemia da COVID-19 | | | | | | 0,028 |
| Sim | 302 | 3,43 | 0,57 | 1(3 – 4) | 3,60(1 – 4) | |
| Não | 84 | 3,30 | 0,53 | 1(3 – 4) | 3(2 – 4) | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^af = frequência; ^bM_e = Média; ^cDP = Desvio Padrão; ^dIQ = Intervalo Interquartil (Q_{1/4}= Primeiro Quartil - Q_{3/4} = Terceiro Quartil); ^eM_d = Mediana (Máx.= Máximo – Mín.= Mínimo); ^fTeste de Wilcoxon;

Posteriormente, realizaram-se análises a partir de modelos de regressão linear simples para verificara relação em conjunto das variáveis sociodemográficas, do perfil reprodutivo e da disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo com os escores de cada subescala da autonomia reprodutiva feminina.

A tomada de decisão está estatisticamente associada coma disponibilidade de informações sobre contracepção (p= 0,00603) e planejamento reprodutivo (p= 0,00031). As informações sobre a contracepção exercem relação positiva (0,48434), ou seja, ao se aumentar os valores da disponibilidade de informação da contracepção, eleva-se o valor esperado do escore de tomada de decisões. Enquanto que, informações sobre o planejamento reprodutivo tem relação negativa (-0,80982), indicando que, ao aumentar o valor encontrado para essas informações, diminui-se o valor esperado do escore da tomada de decisão.

A ausência de coerção tem relação positiva apenas para as informações sobre a contracepção (p= 0,01092), portanto, ao se aumentar o valor esperado dessas informações, aumenta-se o valor do escore da ausência de coerção. A comunicação não apresentou nenhuma associação com a disponibilidade de informações.

As variáveis do estado civil estão relacionadas com a tomada de decisão e apresentam relação positiva. As divorciadas/separadas/viúvas ou solteiras têm maior escore nessa

dimensão da autonomia reprodutiva em comparação com as casadas/unidas, sendo que esse efeito é maior nas divorciadas/separadas/viúvas do que nas solteiras.

Ser mulher solteira está associado a menores escores da ausência de coerção em comparação com os demais estados civis. Essa relação negativa no escore da ausência de coerção também foi observada para as mulheres que tiveram gravidez indesejada e que fazem uso de contraceptivo. Ser residente na AP3 está relacionado com maiores valores do escore da comunicação, enquanto que ter maior idade reduz esses valores, como apresenta a Tabela 14. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa.

O conjunto dos dados analisados no modelo de regressão linear simples podem ser visualizados no Apêndice H.

Tabela 14 - Regressão Linear dos escores da autonomia reprodutiva segundo a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, e variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo, com significância estatística de 5%. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n= 386).

| Variáveis | Tomada de Decisão | | Ausência de Coerção | | Comunicação | |
|-------------------------------------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------|----------------|
| | Estimativa | p-valor | Estimativa | p-valor | Estimativa | p-valor |
| (Intercepto) | 2.82182 | 0.00001 | 2.96795 | 0.00119 | 3.35416 | 0.00011 |
| Contracepção | 0.48434 | 0.00603 | 0.68406 | 0.01092 | 0.39813 | 0.10310 |
| Planejamento Reprodutivo | -0.80982 | 0.00031 | -0.43206 | 0.18478 | -0.18301 | 0.54113 |
| Área Programática | | | | | | |
| 2 | 0.02858 | 0.81310 | 0.14483 | 0.43510 | -0.14651 | 0.39363 |
| 3 | 0.22248 | 0.05559 | 0.24180 | 0.17071 | 0.35962 | 0.02973 |
| 4 | -0.12128 | 0.46023 | -0.19025 | 0.44937 | 0.18947 | 0.41563 |
| 5 | -0.15608 | 0.37732 | 0.03146 | 0.90715 | 0.29625 | 0.23813 |
| Idade | -0.00584 | 0.36543 | -0.00954 | 0.33479 | -0.03117 | 0.00112 |
| Estado Civil | | | | | | |
| Separada/ Divorciada ou Viúva | 0.45615 | 0.00367 | -0.22059 | 0.34196 | -0.11537 | 0.59007 |
| Solteira | 0.20409 | 0.04378 | -0.36442 | 0.01950 | -0.24899 | 0.08105 |
| Gravidez Indesejada | -0.01543 | 0.86264 | -0.31757 | 0.02236 | -0.21818 | 0.08645 |
| Uso de Contraceptivo | 0.07496 | 0.35215 | -0.30681 | 0.01511 | 0.06357 | 0.57655 |

Fonte: A autora, 2021.

4 DISCUSSÃO

A autonomia reprodutiva da mulher pode ser influenciada por fatores sociais, reprodutivos e pelas informações adquiridas nos serviços de saúde. Quando a mulher é capaz de tomar decisões seguras e livres de coerção quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, ela consegue exercer os seus direitos e a sua autonomia. Tal perspectiva é corroborada pelo terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, vida saudável e bem-estar, que propõe a garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação, e a integração reprodutiva de saúde nas estratégias e programas nacionais (ARESKOUG-JOSEFSSON et al., 2019).

Neste estudo, a idade média das participantes foi de 31,77 anos e predominaram as que se autodeclararam pardas e pretas (72,3%). Essas características também foram observadas em dois estudos sobre a autonomia reprodutiva feminina com mulheres brasileiras quilombolas e moradoras em localidade rural da região nordeste, como o estudo de Fernandes et al. (2020), cuja idade média foi de 32,3 anos e 64,7% eram mulheres pretas quilombolas, e o estudo de Dias et al. (2021), cuja maioria estudada foi de trabalhadoras negras (88,4%) e de localidade rural.

A idade apresentou relação com a autonomia reprodutiva, uma vez que, as mulheres mais jovens deste estudo apresentaram maior autonomia reprodutiva comparada às mulheres com idade mais elevada. A associação entre idade mais jovem e maior autonomia reprodutiva também foi observada no estudo com mulheres americanas, mas apenas para a subescala comunicação (UPADHYAY et al., 2014). No Brasil as taxas de fecundidade declinaram nas últimas décadas, especialmente entre as mulheres com maior idade, nível socioeconômico, escolaridade e residente em macrorregião mais desenvolvida. As diferenças nos padrões sexuais e reprodutivos entre as regiões brasileiras refletem as diferenças de status socioeconômico, cultura, acesso a serviços de saúde e métodos anticoncepcionais, sendo menos favorável para as mulheres que vivem na região norte do país (TEJADA et al., 2017).

No que concerne à escolaridade, a maioria (87,6%) das mulheres estudadas tem nível educacional médio ou superior. A escolaridade tem um grande impacto na fecundidade e níveis mais altos de educação ajudam as mulheres a tomarem decisões mais informadas, contribuindo para o aumento da eficácia dos métodos de planejamento familiar e anticoncepcionais, indicando que o nível de escolaridade reduz significativamente o número

de filhos (TEJADA et al., 2017). No Brasil, os estudos sobre a autonomia reprodutiva das mulheres quilombolas e mulheres trabalhadoras rurais apresentam perfis educacionais diferenciados e com menor escolaridade (DIAS et al., 2021; FERNANDES et al., 2020). Elas apresentam uma realidade social e de acesso à saúde diferenciados quando comparados às mulheres que vivem em uma região urbana e com maior desenvolvimento socioeconômico como a metrópole do Rio de Janeiro.

No presente estudo, ter maior escolaridade significou ter maior nível de autonomia reprodutiva referente aos constructos ausência de coerção e comunicação. Essa associação positiva entre a escolaridade e a autonomia reprodutiva foi observada em mulheres americanas e africanas de Gana (LOLL et al., 2021; UPDHYAY et al., 2014). Isso corrobora para a afirmação de que a escolaridade é uma característica que favorece a autonomia reprodutiva das mulheres.

Em relação ao estado marital, a maior parte das mulheres eram solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas (57,8%). Ser mulher solteira foi associado a uma maior autonomia para a tomada de decisão em comparação com as mulheres casadas ou unidas. A mulher ser casada está associada com um nível mais baixo de autonomia para a tomada de decisão (FERNANDES et al., 2020; UPDHYAY et al., 2014), sugerindo que o estado marital é influente na decisão da mulher em ter filhos ou não, como é esperado. Além disso, a taxa de fecundidade das brasileiras é maior nas casadas do que nas solteiras e as mulheres com maior nível de escolaridade fazem maiores investimentos no mercado de trabalho e optam por ter menos filhos ao longo da vida (MADALOZZO, 2012).

As AP do estudo apresentaram associação entre AP e as subescalas ausência de coerção e comunicação e entre a AP1 e a AP3 para esses constructos. As AP1 e AP3 foram as áreas de moradia da maior parte das participantes da presente pesquisa. Apesar do conjunto da amostra estudada apresentar boa autonomia reprodutiva, as maiores médias de escores foram alcançados nas mulheres que residem nos bairros da AP3 do que naquelas que residem nos bairros da AP1. O grupo de residentes na AP1 foi composto majoritariamente por mulheres com ensino fundamental, dois filhos e menores escores para a subescala da comunicação e ausência de coerção. Essas características apresentadas por essas mulheres podem ser explicadas em virtude de essa AP ser uma região que reflete uma maior pobreza comparada às demais (PMS-RJ, 2013), favorecendo uma menor condição social comparada às demais áreas programáticas.

Outro dado a ser destacado são as disparidades na distribuição das unidades de saúde

entre as AP do município do Rio de Janeiro. A AP3 possui maior população em relação à AP1, mas os serviços de saúde tendem a estarem mais concentrados na região central do município do que nas periféricas (BRASIL, 2007). No entanto, nos últimos anos houve expansão da Estratégia Saúde da Família nesse município, passando de 128 equipes em 2008 para 956 equipes em 2016, trazendo avanços importantes na APS da população carioca, apesar do decréscimo verificado no período entre 2016 e 2017, estimado em 2,4% de agentes comunitários de saúde e de 10,4% de profissionais das equipes (FERNANDES; ORTEGA, 2020). Mesmo nesse contexto local, as mulheres da AP3 apresentaram melhores resultados nos escores de autonomia. A menor escolaridade das residentes na AP1 pode ter influenciado nas médias da autonomia reprodutiva dessas mulheres em comparação às moradoras na AP3.

O quantitativo de gravidez e parto e a ocorrência de gravidez indesejada tiveram relação com as subescalas ausência de coerção e comunicação. As mulheres sem filhos e que não tiveram gravidez indesejada apresentaram maiores escores nessas dimensões da autonomia reprodutiva. A ocorrência de uma gravidez indesejada pode envolver fatores relacionados com a falta de acesso/ausência de informações nos serviços de atenção básica e a não adesão de métodos contraceptivos. Esse resultado reforça a existência de fragilidade nesses serviços, uma vez que a falta de informação pode contribuir para a não adesão aos métodos e uma menor autonomia reprodutiva junto aos seus parceiros, bem como contribuir para a falta de compreensão das necessidades reprodutivas dessas mulheres.

Ainda, a gravidez indesejada é consequente de fatores como o não uso, interrupção, falha, uso inconsistente ou incorreto de contraceptivos, bem como influencia no risco de mortalidade materna. Os profissionais de saúde devem discutir a contracepção com todas as mulheres em idade reprodutiva e favorecer que elas exerçam a escolha reprodutiva, uma vez que é um dos direitos humanos mais fundamentais e um fator importante na igualdade de gênero. No Brasil, no ano de 2014, o custo e resultados associados à gravidez indesejada foram estimados em R\$ 2.293,00 por gravidez indesejada (FERREIRA-FILHO et al., 2020).

A gravidez não planejada também foi referida por mais da metade (55,4%) das mulheres puérperas estudadas no Brasil. Entre as características associadas destacam-se a idade menor que 20 anos, cor parda ou amarela, baixa escolaridade, não ter companheiro, ausência de trabalho remunerado e ter dois ou mais filhos (THEME-FILHA et al., 2016). A interrupção do uso dos métodos contraceptivos também contribui para esse tipo de gravidez (DAVID; BOTOGOSK, 2021; JAIN; WINFREY, 2017).

Em âmbito mundial, estima-se que aproximadamente 40% do total das gestações não foram desejadas, com maiores proporções nas regiões da América Latina e Caribe (56%) e menor proporção na África (35%) (SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014). No continente europeu a estimativa é de 34% na Europa Ocidental e de 54% na Europa Oriental (ESHRE CAPRI WORKSHOP GROUP, 2018). Ainda, a gravidez não desejada é considerada um dos fatores associados à prática de aborto induzido (DELGADO et al., 2020; SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014). Entre os anos de 2010 e 2014, foram estimados a ocorrência de 55,7 milhões de abortos no mundo, dos quais 25,1 milhões (45,1%) foram inseguros e 24,3 milhões (97%) ocorreram em países em desenvolvimento (GANATRA et al., 2017). No Brasil, entre 2006 e 2015 foram registrados 770 óbitos maternos decorrentes do aborto (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Nesse estudo, apesar de não ter sido especificado o tipo de aborto, se espontâneo ou induzido, 22,5% das participantes relataram ter vivenciado ao menos um aborto. A Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, com amostra representativa do Brasil urbano e realizado com mulheres de idade entre 18 e 39 anos, identificou que quase uma em cada cinco mulheres já realizou um aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Essa proporção é semelhante a verificada na presente pesquisa e esses dados denotam a necessidade constante de investimento em saúde sexual e reprodutiva no país e no município do Rio de Janeiro.

A não utilização de métodos contraceptivos por mulheres foi observada em vários estudos (FERNANDES et al., 2020; MELO et al., 2020; NGUYEN et al., 2019), sendo esse comportamento verificado mesmo naquelas que não desejavam engravidar. As mulheres também utilizavam métodos de baixa eficácia. Tais constatações mostram que elas podem não estar sendo apoiadas nas suas preferências reprodutivas (MELO et al., 2020). Dentre as características relacionados com o não uso de métodos contraceptivos, destacam-se ser solteira e ter baixa escolaridade e baixa renda (NGUYEN et al., 2019).

Apesar dessa problemática, o uso dos métodos contraceptivos foi observado em mais de 80% das mulheres (LAGO et al., 2020; NGUYEN et al., 2019; TRINDADE et al., 2021). No Brasil não se verifica diminuição da prevalência do não uso de métodos contraceptivos, mas desigualdades no acesso à contracepção (TRINDADE et al., 2021). Essa desigualdade também foi observada em outros estudos com mulheres brasileiras e mulheres egípcias (ABDEL-TAWAB et al., 2015; OLSEN et al., 2018).

Entre os motivos para a não utilização de métodos contraceptivos na amostra aqui estudada, estão o desejo de engravidar ou simplesmente não querer usá-los. Das 17.809

mulheres que responderam a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 37,3% delas justificaram o não uso de contraceptivo pelo desejo de engravidarem ou por não se importarem em ficar grávidas (TRINDADE et al., 2021). Essas informações demonstram que algumas mulheres tomam decisões acerca das questões reprodutivas de maneira autônoma, simplesmente por decidir não utilizar a contracepção ou conforme o seu desejo de reprodução.

A falta de acesso ou a ausência de informação foi o principal motivo de não evitar a gravidez na amostra de mulheres aqui estudada. O fato de não saber como evitar e não saber aonde ir ou a quem procurar para receber orientações foram identificados por Trindade et al. (2021) como possíveis lacunas no processo de transmissão das informações sobre contracepção nos serviços de saúde e por existirem falhas no planejamento reprodutivo no país, não alcançando as mulheres em sua totalidade.

Ter realizado a ligadura tubária também foi referido pelas participantes como um dos principais motivos de não utilizar algum método contraceptivo. Contudo, ressalta-se que a ligadura tubária é considerada um método contraceptivo definitivo e isso mostra que pode ter havido um equívoco quanto à interpretação desse procedimento por algumas mulheres. Além disso, essas mulheres não mencionaram utilizar preservativo. Considerando que é um método radical e que não exclui a importância da prevenção de uma IST, esses dados sugerem a falta de informação acerca dos métodos ou até mesmo fragilidade na autonomia da mulher para decidir sobre o uso de preservativos.

Dos métodos contraceptivos, a ligadura tubária teve relação com o domínio tomada de decisão. As mulheres que não realizaram esse procedimento possuem escores maiores para o constructo tomada de decisão comparadas as que possuem esse método contraceptivo definitivo. É importante considerar que a Lei n.º 9.263/96 sobre o planejamento familiar estabelece critérios para a realização da ligadura tubária como contracepção. Entre eles, indica-se ser necessário o consentimento expresso da mulher e também do seu cônjuge. Esse último critério legitima o poder de influência do parceiro na decisão da mulher e, conseqüentemente, na autonomia feminina, apesar da legislação propor uma decisão compartilhada entre ambos.

Entre as mulheres que não utilizam métodos contraceptivos no Brasil, 44,6% realizaram ligadura tubária. A escolha pelo método definitivo pode transparecer maior autonomia da mulher sobre o seu corpo, mas também enseja reflexão sobre a ocorrência de ligaduras em massa em mulheres negras no passado e possíveis ações deliberadas para o controle da fecundidade de mulheres pobres (FERNANDES et al., 2020).

A esterilização cirúrgica teve um declínio no país e pode indicar maior acesso às informações sobre os tipos de métodos eficazes e reversíveis. Porém, as maiores taxas de esterilização são em mulheres mais vulneráveis, como as da região norte do país, pretas ou pardas, moradoras de zona rural e com baixa escolaridade (TRINDADE et al., 2021). Esses dados fundamentam a importância do acesso às informações sobre contracepção para alcançar as populações mais vulneráveis e favorecer a tomada de decisão dessas mulheres.

Entre os tipos de métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres entrevistadas, estão a camisinha masculina, a pílula e o contraceptivo injetável. Esses mesmos métodos foram verificados entre as participantes de um estudo realizado no município de São Paulo (LAGO et al., 2020). No Brasil, as mulheres utilizam mais o contraceptivo oral, os métodos cirúrgicos e a camisinha masculina (TRINDADE et al., 2021).

Esse perfil de métodos pode decorrer da pouca diversidade de métodos contraceptivos oferecidos pelos serviços, inclusive durante a pandemia da COVID-19. Enquanto alguns métodos são privilegiados, como os métodos hormonais, orais e injetáveis, e cirúrgico ou definitivo (RUIVO et al., 2021), outros não são contemplados, como o dispositivo intrauterino por exemplo (GONZAGA et al., 2017; RUIVO et al., 2021). A oferta de informações sobre todos os métodos contraceptivos é uma recomendação da Política Pública Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pois deve-se garantir o direito da mulher de fazer uma escolha informada e exercer a sua autonomia (BRASIL, 2004).

Os contraceptivos dos tipos pílula e tabela apresentaram relação com as subescalas ausência de coerção e comunicação, mas todas as participantes tiveram médias relativamente elevadas para a ausência de coerção e comunicação. Em relação à camisinha masculina, as mulheres que a utilizam apresentaram maiores escores para comunicação do que aquelas que não utilizam. O estudo de Fernandes et al. (2020) também verificou a associação do uso de métodos contraceptivos com o constructo comunicação, com maior autonomia para esse constructo em mulheres sem companheiro e que não faziam uso dos métodos contraceptivos.

Ressalta-se que os serviços de saúde pública exercem um papel fundamental na oferta de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo. Na presente pesquisa, a maior parte das mulheres utilizava a Unidade de Saúde da Família (66,1%) e pouco mais de um terço (33,9%) utilizava o Centro Municipal ou Posto de Saúde. Essa maior utilização da USF se deu em virtude de nos últimos anos haver um incremento da USF como porta de entrada na ABS. A porta de entrada é o atendimento inicial do usuário do SUS aos serviços de saúde, que se completa nos serviços de maior complexidade conforme a necessidade (DECRETO

7.508/2011). Portanto, essa tendência sinaliza que houve um fortalecimento dos serviços de Atenção Básica (AB) e o desenvolvimento de ações para esse fim nos últimos anos (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010).

Acerca da disponibilidade de informações sobre contracepção nos serviços de atenção básica, 33,9% das participantes receberam orientações sobre contracepção na unidade de saúde que frequentavam. Com relação à participação em grupo de planejamento familiar, essa foi de apenas 9,6%, onde a presença do companheiro nessa atividade foi irrisória (3,9%). Esse resultado pode ter sido influenciado pelo contexto de suspensão das reuniões e atividades em grupo durante a pandemia (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Além disso, as mulheres podem ter considerado que as respostas abarcavam o período anterior à pandemia, o que sugere uma pequena participação em grupos, inclusive dos seus cônjuges.

As atividades de orientação e formação de grupos sobre saúde sexual e reprodutiva realizada pelos profissionais que atuam na AB fazem parte do conjunto de diretrizes e objetivos propostos pelo PNAISM (BRASIL, 2004), sendo essas atividades consideradas essenciais para a promoção da autonomia reprodutiva das mulheres. Conforme as respostas de algumas mulheres da amostra estudada, o cumprimento dessas atividades parece não estar ocorrendo nos serviços de saúde, inclusive em relação à participação ativa dos homens nas ações de planejamento familiar, o que pode ter ocasionado o baixo percentual da participação masculina nas atividades de orientação e grupos no presente estudo.

Quando as informações são limitadas, as mulheres não têm autonomia suficiente para decidir sobre sua saúde reprodutiva (ABDEL-TAWAB et al., 2015) e a pouca participação das mulheres no grupo de planejamento familiar também foi identificada nos estudos de Dias et al. (2021) e Fernandes et al. (2020), ambos encontraram a frequência de 13%. A baixa participação do parceiro no planejamento familiar também foi verificada por Padilha e Sanches (2020) e Nogueira et al. (2018).

A participação em grupos de planejamento familiar e/ou reprodutivo favorece o aumento do conhecimento acerca da contracepção e exercício dos direitos reprodutivos pelas mulheres, assim como contribui para proteger os seus direitos humanos e promover a igualdade de gênero (ARESKOUG-JOSEFSSON et al., 2019; PRATA et al., 2017). Apesar de a decisão da mulher sobre sua fecundidade envolver um processo de empoderamento, a ocorrência de uma gravidez indesejada ainda recai apenas sobre ela. Diante disso, a maior participação de homens no planejamento familiar pode contribuir na construção da igualdade de gênero quanto à escolha do método contraceptivo pelo casal (NOGUEIRA et al., 2018),

além de envolver o homem em todo o processo reprodutivo.

A participação masculina tem sido limitada e está distante de ser adequadamente contemplada pelas ações programáticas de planejamento familiar (PADILHA; SANCHES, 2020; SILVA et al., 2018). Isso mostra a importância de os profissionais de saúde envolverem o homem no processo de planejamento reprodutivo, para que a igualdade de gênero preconizada nas políticas de saúde seja alcançada e, assim, o homem possa exercer um papel participativo na saúde sexual e reprodutiva. Ainda, é necessário transpor barreiras como aspectos culturais manifestas pelo machismo e através da disponibilidade de serviços que possa acolher, esclarecer e possibilitar a decisão do controle da natalidade, proporcionando uma melhor participação do homem nesse processo (SILVA et al., 2018).

Este estudo identificou que 63,5% das mulheres estudadas foram informadas sobre a prevenção da gravidez não planejada e que 50,8% foram informadas sobre as vantagens e desvantagens de cada método. A insuficiência de informações sobre o método contraceptivo também foi identificada nos serviços públicos do Egito, com 44% das mulheres informadas sobre os efeitos adversos, 20% sobre a eficácia e apenas 7% sobre o funcionamento do método (ABDEL-TAWAB et al., 2015). É importante salientar que, mesmo com a presença de informações sobre contracepção nos serviços, algumas mulheres podem não compreender as informações devido ao baixo grau de instrução (BEZERRA et al., 2018). Apesar do perfil da amostra estudada ser de mulheres com grau de instrução correspondente ao ensino médio, a adequada comunicação em saúde é importante para que as informações do profissional sejam qualificadas e transmitidas de forma compreensível à sua clientela e obtenham os resultados esperados.

Apesar da limitação de disponibilidade de informações pela unidade básica, a maioria das participantes (84,5%) consideram-se informadas sobre métodos contraceptivos como forma de evitar uma gravidez não planejada e/ou indesejada. Esse dado sugere que elas podem ter conhecimentos prévios sobre o tema obtidos durante a formação escolar, no seu meio social ou através dos meios de comunicação. Segundo Oliveira et al. (2017), o conhecimento pode ser adquirido por diversos meios que incluem as instituições de ensino, internet, televisão, mídia, revista, familiares, amigos e inclusive o seu companheiro.

A amostra estudada tem o nível de escolaridade correspondente ao nível médio e isso pode ter favorecido a compreensão das informações sobre métodos contraceptivos. Todavia, o fato de a mulher sentir-se informada não garante que ela terá acesso aos métodos desejados. A indisponibilidade de alguns métodos, como o DIU, por exemplo, ainda é uma barreira

presente em algumas unidades básicas no país (GONZAGA et al., 2017; RUIVO et al., 2021). O acesso adequado aos métodos contraceptivos e às atividades educativas sobre o planejamento reprodutivo nos serviços amplia as opções de escolha da mulher, de modo livre e informado.

Além disso, ter acesso às informações é tão importante quanto receber o apoio da unidade básica de saúde para a tomada de decisão no que se refere à saúde reprodutiva e contracepção, porém esse apoio ocorreu em apenas 37,6% das participantes do presente estudo. Estudo sobre o atendimento em serviço de AB verificou que, entre os fatores associados na escolha do método contraceptivo, há a influência do profissional na decisão do uso de um método pela mulher, comprometendo a liberdade de escolha das mesmas (SILVA et al., 2015).

Segundo o estudo de Yirgu et al. (2020), a maioria das mulheres apreciaram o desempenho dos profissionais no planejamento familiar, porém parte delas descreveram que os mesmos as direcionavam para os métodos de ação prolongada, sendo passadas informações imprecisas e com ênfase nas desvantagens dos métodos de ação curta.

É importante salientar que o profissional pode exercer também uma influência positiva e subsidiar a decisão da mulher por um dado método por meio do aconselhamento, apoio, vínculo e relação de confiança para que a tomada de decisão da mulher sobre o método contraceptivo seja informada, livre de qualquer coerção e de acordo com suas necessidades (DAMASCENO; MOREIRA; QUEIROZ, 2021).

É de fundamental importância que as mulheres recebam informações sobre contracepção e apoio dos profissionais nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, para torná-las mais autônomas acerca de suas decisões. Contudo, o retorno advindo das entrevistadas aponta para possíveis lacunas no desenvolvimento dessas atividades nas UBS. É essencial ponderar que o desenvolvimento dessas ações se encontra alicerçado na legislação e nas políticas públicas de saúde do país (BRASIL, 2004; BRASIL, 1996).

Diante disso, as unidades de saúde são estruturas importantes na oferta de informações sobre planejamento reprodutivo conforme preconizam os programas de saúde do SUS, além de auxiliarem as mulheres na busca pelo método desejado e apropriado, buscando um equilíbrio entre a avaliação do profissional, a individualidade e o desejo da mulher. Esse equilíbrio poderá favorecer a mulher na tomada de decisão informada e consciente, respeitando os seus direitos e promovendo a sua autonomia reprodutiva.

Apesar da importância das unidades de atenção básica à saúde, com o advento da

pandemia por COVID-19, os serviços de saúde reprodutiva da AB foram prejudicados e boa parte das mulheres participantes deste estudo apresentou dificuldade de acesso à unidade básica (78,2%), dificuldade para o acesso ao planejamento familiar e ou contracepção (61,1%) e dificuldade para a aquisição dos métodos contraceptivos ofertados (47,2%).

Com a chegada da pandemia por COVID-19, as atividades nas UBS no país foram suspensas devido às incertezas acerca da doença, resultando em quedas no atendimento dos usuários da AB (GIOVANELLA et al., 2020). Na Índia, o acesso aos serviços de planejamento familiar também foi prejudicado pela pandemia e ocasionou aumento das necessidades não atendidas de planejamento familiar pelos casais indianos, além da redução no fornecimento de métodos contraceptivos como DIU, anticoncepcionais orais e injetáveis (VORA; SAIYED; NATESAN, 2020).

Durante a pandemia por COVID-19, alguns serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) foram desativados, restringindo o acesso a esse cuidado e, conseqüentemente, aumentando as gravidezes indesejadas. Os dados da International Planned Parenthood Federation evidenciaram que houve o fechamento de centros de atendimento de planejamento reprodutivo em diversos países, influenciando negativamente a entrega de métodos contraceptivos e reduzindo a assistência contraceptiva. No Brasil, o atendimento das mulheres estava limitado ao ciclo gravídico puerperal, não sendo priorizada a SSR (REIS et al., 2020).

Apesar das limitadas informações sobre oferta de contraceptivos na rede pública de saúde no Brasil, a dificuldade de acesso aos serviços públicos de contracepção já era prevista durante a pandemia. Antes mesmo do seu surgimento, as mulheres já encontravam limitações quanto à disponibilidade de alguns métodos, como, por exemplo, a inserção de DIU. Contudo, os serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva não devem ser negligenciados durante a pandemia, de forma a assegurar que as mulheres possam ter acesso ao planejamento reprodutivo (REIS et al., 2020).

O presente estudo identificou a correlação positiva entre comunicação e disponibilidade de informações sobre contracepção na atenção básica à saúde, mas os demais resultados encontrados apontam para a necessidade de maiores investimentos para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nesse período de pandemia e maior oferta desse tipo de atividades pelos serviços de atenção básica para favorecer as decisões das mulheres quanto à contracepção.

Considerando os escores da disponibilidade de informações, as mulheres estudadas

apresentaram uma percepção média quanto à disponibilidade de informações sobre contracepção e uma percepção baixa relativa à disponibilidade de informações sobre planejamento reprodutivo. Apesar das atividades educativas sobre planejamento reprodutivo serem realizadas pelas UBS, as informações sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos ainda são reduzidas e limitadas em relação à abordagem e à assistência, prejudicando a compreensão das mulheres (PAIVA et al. 2019; TEODORO et al. 2021).

Estes dados sugerem que a abordagem protocolar e tecnicista atua como fator limitante no modo como essas atividades de planejamento reprodutivo vem sendo operacionalizadas nos serviços de ABS, pois existem fragilidades na educação em saúde sexual e reprodutiva, sendo essa realidade observada antes da pandemia e muito provavelmente acentuada com o seu advento.

Importante lembrar que o planejamento reprodutivo é um direito do cidadão brasileiro garantido na Constituição Federal e regulamentada pela Lei n.º 9.263, de 1996 (BRASIL, 1996), bem como proposto nas políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e de atenção à saúde da mulher. Isso permite a toda pessoa o acesso à informação, ao planejamento reprodutivo e aos métodos de concepção e contracepção, garantindo à mulher o direito de escolha livre e não coercitiva, a partir das informações disponíveis nos serviços de saúde.

A Agenda 2030, por meio de indicadores de avaliação do acesso à saúde sexual e reprodutiva, que inclui as decisões informadas sobre a saúde sexual e reprodutiva e a garantia de acesso à informação e de educação em saúde sexual e reprodutiva, recomenda a melhoria desses serviços para alcance da equidade de gênero (ODS, 2022). Isso revela a importância do aprimoramento das informações nos serviços de saúde, de maneira que todas as mulheres sejam contempladas e possam exercer adequadamente a sua autonomia reprodutiva.

As mulheres entrevistadas apresentaram bons resultados em todos os constructos da escala de autonomia reprodutiva. Quanto à tomada de decisão, boa parte delas afirmou que decidiriam sobre qual método contraceptivo usar bem como sobre o seu uso para evitar a gravidez. A participação do parceiro ou familiar nas decisões sobre uma gravidez não planejada ou no planejamento de um filho apresentou decisões compartilhadas, próxima a 50%. As decisões acerca da reprodução e principalmente de engravidar mostraram uma maior participação do parceiro ou algum familiar, comparado aos demais itens.

Segundo Upadhyay et al. (2014), esses dados refletem a natureza das decisões relacionadas à reprodução, que normalmente são realizadas em conjunto. Em testes cognitivos as mulheres apresentaram uma tendência quanto à percepção de decisão, devendo ser mútua

entre os parceiros nos casos de decisões para engravidar e/ou continuar uma gravidez. No entanto, praticar a contracepção, prevenir uma gravidez e realizar um aborto estão mais relacionadas ao domínio da mulher, sendo um sinal de empoderamento. Contudo, as decisões tomadas pelo casal podem representar igualdade de gênero.

Em relação ao constructo ausência de coerção, as atitudes coercitivas foram representadas pelo ato de impedir, atrapalhar ou dificultar o uso de um método contraceptivo, forçar ou impedir o uso de métodos ou receber pressão do parceiro para engravidar. Apesar da pandemia da COVID-19 ter prejudicado o acesso à unidade básica de saúde e apresentar relação com a subescala ausência de coerção, as mulheres que se sentiram prejudicadas diante do contexto da pandemia apresentaram boa autonomia para ausência de coerção.

A maioria das mulheres desse estudo afirmou ter uma boa comunicação com seus parceiros acerca do apoio para uso de método contraceptivo, que incluem: conversar sobre sexo, dizer quando não deseja ter relação sexual e conversar em caso de dúvida quanto a uma possível gravidez. Mais de 75% das mulheres também afirmaram poder conversar no intuito de convencer seu parceiro a não ter filhos.

Estas mulheres também tiveram resultados favoráveis para as subescalas ausência de coerção e comunicação e, apesar de não poder generalizá-los, esse resultado foi similar ao observado nos estudos com mulheres americanas (UPADHYAY, 2014) e com mulheres brasileiras (DIAS et al., 2021). Isso indica que grande parte das mulheres entrevistadas possui uma boa autonomia reprodutiva, não recebendo ações coercitivas e tendo uma boa comunicação com seus parceiros.

Durante a pandemia por COVID-19 muitas mulheres ficaram expostas a diversas vulnerabilidades. Um estudo com 682 mulheres do norte da Etiópia determinou a prevalência de violência por parceiro íntimo durante a pandemia, sendo a violência psicológica a mais prevalente (13,3%), seguida da violência física (8,3%) e da violência sexual (5,3%). Essa última através da coação em 3,5% dos casos (GEBREWAHD; GEBREMESKEL; TADESSE, 2020). As restrições de isolamento recomendadas e a redução da oferta aos serviços de saúde tornam mais difíceis o afastamento do parceiro e a eliminação do ciclo de violência (MELO et al., 2020). Paralelo a isso, impossibilita o exercício da autonomia reprodutiva pelas mulheres.

O nível de autonomia reprodutiva das participantes foi bom, tendendo para alto nas subescalas da autonomia reprodutiva. Na subescala tomada de decisão, o escore médio foi de 2,66, com uma variação de 1,25 a 3, indicando que as participantes têm um desempenho satisfatório para esse constructo e superior ao verificado no estudo que originou a escala de

autonomia reprodutiva com mulheres americanas (2,46) (UPADHYAY et al., 2014). As mulheres brasileiras trabalhadoras rurais tiveram a média da tomada de decisão de 2,54 (DIAS et al., 2021) e as mulheres quilombolas de 2,40 (FERNANDES et al., 2020). A amostra de mulheres residentes no município do Rio de Janeiro, a segunda metrópole do país, alcançou escore próximo ao resultado máximo proposto pela escala, o que indica uma boa autonomia para a tomada de decisão nesse grupo feminino estudado.

No presente estudo, as médias nas subescalas ausência de coerção e comunicação foram de 3,40 e 3,17 respectivamente, com valores que variaram de 1 a 4, semelhante ao encontrado em investigações com mulheres americanas, na qual verificou-se 3,57 para ausência de coerção e 3,53 para a comunicação (UPADHYAY et al., 2014). No Brasil, as mulheres trabalhadoras da região rural alcançaram 3,43 para a ausência de coerção e 2,77 para a comunicação (DIAS et al., 2021).

Dias et al. (2021) apontam que as mulheres trabalhadoras da região rural com maior grau de instrução têm maior autonomia para o constructo comunicação, mas 16,5% tinham escolaridade maior ou igual ao ensino médio e essas tiveram maiores escores na comunicação. Entre as mulheres quilombolas, verificaram-se 1,90 para a ausência de coerção e de 1,95 para a comunicação (FERNANDES et al., 2020). A ausência de coerção e comunicação da autonomia reprodutiva entre as participantes que residem no município do Rio de Janeiro não se diferenciou tanto das mulheres quilombolas e trabalhadoras rurais da região nordeste, mas foram mais elevados e demonstram a influência da escolaridade e do perfil social na autonomia reprodutiva das brasileiras.

O perfil de saúde da população brasileira apresenta desigualdades regionais e a autonomia reprodutiva também parece ser influenciada por elas. As mulheres que compuseram a amostra estudada são oriundas de uma grande metrópole da região sudeste do país e tiveram melhores médias comparadas às mulheres quilombolas, mas as mulheres trabalhadoras rurais do estado de Pernambuco apresentaram médias menores apenas para o constructo “comunicação”, sugerindo que, além da escolaridade, idade e localização geográfica, ser trabalhadora pode ser outra característica influente na autonomia reprodutiva feminina, o que deve ser examinado por outras pesquisas.

Os fatores sociodemográficos, como idade, estado civil e escolaridade, tiveram relação com a autonomia reprodutiva das mulheres. Isso permite inferir que independente da cultura, economia ou região geográfica, esses fatores são influentes na autonomia. Neste estudo, a amostra de mulheres foi preponderantemente urbana e, conseqüentemente, elas possuem

maior acesso aos serviços de saúde do que mulheres de outras localidades mais distantes e menos desenvolvidas do país. Historicamente as áreas urbanas do país possuem melhor e maior disponibilidade de serviços de saúde com relação às áreas rurais e essa desigualdade de acesso a esses serviços estão associadas à restrição de oferta e dificuldade de acesso das pessoas (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

As desigualdades entre as regiões do Brasil é o maior problema do sistema de saúde no país. Enquanto alguns estados têm indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, outros têm desempenho próximo ao de países africanos. A região nordeste apresenta a menor proporção de acesso aos serviços de saúde comparada às regiões sul e sudeste do país (BRASIL-TCU, 2014; BRASIL-TCU, 2017).

Portanto, o acesso adequado aos serviços de saúde pode favorecer a autonomia reprodutiva das mulheres, mas isso está sujeito à disponibilidade desses serviços nas diversas regiões do país. Considerando que a informação e a educação em saúde são pilares da assistência no planejamento reprodutivo, é fundamental que os serviços de atenção básica promovam atividades educativas de saúde sexual e reprodutiva, no sentido de contribuir nas decisões a serem tomadas pelas mulheres.

As atividades educativas são fundamentais para a assistência de qualidade e visam fornecer às pessoas o conhecimento para a tomada de decisão livre e informada, além de trazer reflexões sobre assuntos associados à sexualidade e reprodução (BRASIL, 2013). Essas atividades devem propiciar informações corretas e de qualidade, considerando as necessidades e preferências quanto ao método contraceptivo desejado e proporcionando a autonomia e a escolha livre e informada pela mulher (BEZERRA et al., 2018; PAIVA et al., 2019).

Neste estudo, a disponibilidade de informações sobre contraceptivo nos serviços de atenção básica apresentou relação positiva para a tomada de decisão e para a ausência de coerção. Esses resultados vão ao encontro do que se presumia neste estudo, que quanto maior o acesso às informações sobre contracepção, maior é a tomada de decisão pela mulher e maior é a ausência de coerção por seus parceiros e, conseqüentemente, a autonomia reprodutiva.

A disponibilidade de informações sobre planejamento reprodutivo nos serviços de atenção básica à saúde apresentou uma relação negativa para a tomada de decisão entre as mulheres. É importante considerar que a participação reduzida das mulheres e de seus parceiros nos grupos de planejamento reprodutivo pode ter influenciado nesse resultado. Ademais, pode-se inferir que, quando a informação sobre planejamento reprodutivo não é completa e há falta de apoio do profissional na decisão das mulheres, a tomada de decisão das

mulheres pode ser restrita em decorrência do limitado acesso à informação, como a baixa frequência do uso do DIU, por exemplo.

Essa dificuldade de acesso às informações sobre saúde sexual e reprodutiva e de aquisição dos métodos já estavam presentes mesmo antes da pandemia por COVID-19. O estudo de Olsen et al. (2018) sobre as práticas contraceptivas de mulheres jovens brasileiras verificou acesso limitado à informação, em que menos de 1% das mulheres conhecia todos os métodos contraceptivos e somente 20,5% conheciam o seu período fértil. Algumas dessas mulheres desconheciam sobre a oferta de métodos contraceptivos no sistema público, como o contraceptivo oral e a camisinha, e consideraram a oferta de alguns métodos inexistentes, como adesivos, anel vaginal e implantes. Apesar da disponibilidade do DIU, ele era pouco conhecido e ofertado (OLSEN et al., 2018).

Goldhammer et al. (2017) examinaram os fatores que influenciam o uso de anticoncepcionais entre mulheres australianas e identificaram a percepção das mulheres de que o profissional era pouco solidário ou mesmo crítico quanto ao desejo de utilizar ou não um método e alegaram insatisfação quanto às opções limitadas de contraceptivos, pois frequentemente a pílula era a única opção.

Nos serviços de saúde pública no Egito as informações sobre planejamento reprodutivo e contracepção também se mostraram insuficientes. Abdel-Tawab et al. (2015) encontraram que 44% das mulheres obtiveram informações acerca dos efeitos adversos dos métodos contraceptivos, 20% foram esclarecidas sobre a eficácia do método escolhido e apenas 7% foram informadas sobre o funcionamento do método. As opções de contracepção eram limitadas, com disponibilidade de pílulas de emergência e implantes subdérmicos em apenas 5% das unidades e ausência de preservativos femininos em todos os serviços. Ainda, o acesso à contracepção negado por alguns profissionais, devido a normas sociais em que o companheiro exerce forte influência na decisão da mulher.

Nesse estudo, o companheiro também parece exercer influência nas decisões reprodutivas da mulher, visto que o estado marital teve associação positiva na tomada de decisão das mulheres, uma vez que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas e as solteiras foram as que possuíram maior tomada de decisão em comparação com as casadas, sendo esse efeito maior para as mulheres divorciadas, separadas e viúvas. O estudo de Upadhyay et al. (2014) converge com esses resultados ao identificar a associação entre ser casada e ter um nível mais baixo na tomada de decisão.

É importante lembrar que a tomada de decisão sobre reprodução é um direito

constituído em lei, mas para que essa decisão seja consciente é essencial que os profissionais que atuam na saúde reprodutiva informe de maneira clara todas as questões acerca da concepção e contracepção. Além disso, faz-se necessário uma mudança cultural para maior interação do parceiro e/ou família no processo de planejamento reprodutivo, quebrando paradigmas culturais e fortalecendo a atuação das mulheres, não apenas quanto à tomada de decisão, mas também na comunicação entre o casal, eliminando a coerção reprodutiva.

A coerção reprodutiva é um comportamento que afeta a tomada de decisão de forma autônoma da mulher com relação à sua saúde reprodutiva, podendo assumir a forma de sabotagem do controle de natalidade, coerção da gravidez ou controle do resultado de uma gravidez (GRACE; ANDERSON, 2018).

No presente estudo, a subescala ausência de coerção apresentou relação negativa com o estado civil. As mulheres solteiras têm um valor esperado menor no escore ausência de coerção do que as mulheres divorciadas, separadas, viúvas e casadas ou unidas. Upadhyay et al.(2014) não identificaram essa associação com níveis da subescala de coerção. Já o estudo de Dias et al.(2021) identificaram que mulheres trabalhadoras da região rural e casadas ou com companheiro apresentaram maior autonomia para a subescala ausência de coerção em relação às solteiras ou sem companheiros. Clark et al. (2014) e Miller et al. (2014) evidenciaram que as mulheres solteiras eram mais propensas a sofrer coerção reprodutiva comparadas às casadas.

A subescala ausência de coerção também teve relação negativa para gravidez indesejada. As mulheres que já tiveram gravidez indesejada têm um valor menor do escore de ausência de coerção do que as que não tiveram gravidez indesejada. O estudo de Skracic; Lewin e Steinberg (2021), que verificou o papel da coerção reprodutiva realizada por um parceiro íntimo nas decisões das mulheres na utilização de anticoncepcionais, identificou que as mulheres que já tiveram uma gravidez indesejada eram mais propensas a ter vivenciado a coerção reprodutiva verbal, ou seja, já ter tido um parceiro que disse para ela não usar nenhum método anticoncepcional como pílula, injeção ou outros métodos.

Ainda, este estudo verificou que a subescala ausência de coerção tem relação negativa com o uso de método para evitar a gravidez, ou seja, as mulheres que utilizam algum método têm um valor esperado menor do escore para ausência de coerção do que as mulheres que não utilizam. Essa relação sugere que as mulheres podem estar sendo coagidas a utilizar algum tipo de contracepção não desejado, ou, é um caminho encontrado pela mulher para se prevenir de alguma gravidez indesejada, por sofrer ações coercitivas pelo parceiro, como impedir ou

atrapalhar o uso de um método ou até mesmo pressionar a mulher para engravidar.

No estudo de Miller et al. (2014) com 3.539 mulheres que buscavam atendimento em clínicas de planejamento familiar na Pensilvânia, 5% do total relataram coerção reprodutiva nos últimos três meses e 12% relataram gravidez indesejada no ano anterior à pesquisa. A coerção reprodutiva recente apresentou associação com o aumento do risco de gravidez indesejada no ano anterior, mesmo com a ausência de violência pelo parceiro.

No estudo sobre coerção reprodutiva e contracepção, de Skracic, Lewin e Steinberg (2021), 30% das mulheres estudadas vivenciaram alguma forma de coerção reprodutiva na vida, sendo que 13,9% vivenciaram coerção reprodutiva verbal e 16,1% coerção comportamental. Das que vivenciaram a coerção comportamental, 19% experienciaram também coerção verbal. As mulheres que sofreram coerção comportamental eram mais propensas a usar métodos contraceptivos altamente eficazes, como o DIU, implantes, esterilização masculina e feminina, e métodos considerados pouco eficazes, como os métodos naturais, coito interrompido, contracepção de emergência, preservativos e métodos de barreira. A propensão de usar métodos contraceptivos moderadamente eficazes, como pílulas, adesivo, anel vaginal e injeção, foi menor entre as mulheres que sofreram coerção verbal.

Esses estudos denotam que essas mulheres, apesar de utilizarem algum método contraceptivo, sofreram coerção por seus parceiros. Embora as mulheres da presente pesquisa apresentaram resultados favoráveis para autonomia reprodutiva, o uso do método contraceptivo não significa necessariamente que elas não sofram coerção reprodutiva.

A subescala ausência de coerção teve relação positiva com o acesso às informações sobre contracepção. Esse resultado reitera que, neste estudo, o escore de contracepção está relacionado ao recebimento de orientações sobre contracepção, de informações sobre as vantagens e desvantagens de cada método e sobre os métodos para evitar uma gravidez não planejada, bem como a oferta de informações para preveni-la.

O estudo de Upadhyay et al. (2014) esclarece sobre a associação entre as subescalas de ausência de coerção e de comunicação. O aumento de cada unidade nessas subescalas indica que as mulheres tinham menos chances de ter uma história recente de sexo desprotegido. Já o estudo de Nguyen et al. (2019), realizado com mulheres vietnamitas, sexualmente ativas e que não desejavam engravidar, não identificou essa associação entre os constructos da escala de autonomia reprodutiva com o envolvimento da mulher em sexo desprotegido no último mês. Esses dados nos remetem para a importância das informações sobre contracepção na construção do conhecimento das mulheres sobre saúde reprodutiva e na influência dessas

variáveis no relacionamento afetivo e na autonomia reprodutiva delas.

A comunicação é fundamental nas relações pessoais e principalmente em um relacionamento afetivo. No estudo aqui descrito, a comunicação das mulheres com seus parceiros sobre assuntos relacionados com a gravidez, atitudes sexuais e contracepção foi influenciada por fatores como o local de moradia e a idade da mulher. A AP de residência apresentou relação positiva para a comunicação, uma vez que as mulheres que residem na AP3 tiveram um valor maior no escore de comunicação do que as mulheres residentes nas outras AP do município do Rio de Janeiro. Destaca-se que a AP3 foi a área de residência predominante na pesquisa.

Contudo, a idade apresentou relação negativa para a comunicação, ou seja, ao aumentar a idade da mulher, diminui-se o valor esperado para a subescala de comunicação. Esse resultado foi semelhante ao encontrado por Upadhyay et al. (2014) que verificou que mulheres com idade mais jovem está associada à maior autonomia reprodutiva na subescala comunicação em comparação às mulheres com idade igual ou superior a quarenta anos.

A comunicação é essencial para o exercício da autonomia reprodutiva, pois através dela a mulher pode expressar para o parceiro os seus sentimentos e desejos em relação à sexualidade, gravidez e contracepção. Apesar dessa relação positiva, a comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva ainda é considerada um “tabu” em muitas sociedades e isso demonstra a necessidade de remodelar a comunicação através do maior acesso à informação e de atividades de educação em saúde. Essas atividades promotoras da saúde permitem a troca de conhecimentos e experiências sobre concepção e contracepção, assim como o acesso às informações possibilita a tomada de decisão consciente e o desenvolvimento da autonomia e contribui para melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas (PAIVA et al., 2019).

Portanto, apesar das barreiras impostas pela pandemia por COVID-19 aos serviços de saúde, da influência de fatores sociais e reprodutivos na autonomia reprodutiva das mulheres e da necessidade de melhorias no acesso às informações sobre contracepção, preconizadas pela política de atenção à saúde da mulher e programas de saúde reprodutiva do país, os resultados do presente estudo indicam que as mulheres têm autonomia reprodutiva e que essa autonomia está associada com o acesso às informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo na atenção básica à saúde.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa atingiu os objetivos propostos e verificou que a amostra de mulheres estudada tem um nível satisfatório de autonomia reprodutiva em geral e nas suas subescalas tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação. Os resultados sugerem que há associação entre autonomia reprodutiva e disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo nos serviços de atenção básica do SUS.

A avaliação da disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo nos serviços de atenção básica obteve valores próximo e abaixo da mediana, respectivamente. Apesar de esses resultados indicarem limitações na disponibilidade dessas informações, a amostra de mulheres alcançou um bom nível de autonomia reprodutiva, sugerindo que o conhecimento sobre essa temática advém de outras fontes de informação além daquela obtida nos serviços da atenção básica, como vida escolar, meio social e meios de comunicação, o que precisa ser examinado por outros estudos.

Verificou-se correlação positiva entre a subescala “comunicação” da autonomia reprodutiva e o domínio “disponibilidade de informações sobre contracepção”, apesar da força dessa correlação ter sido avaliada como fraca, indicando que quanto maior a disponibilidade de informações sobre contracepção, maior é a comunicação entre as mulheres e seus parceiros.

A subescala “ausência de coerção” apresentou associação estatisticamente significativa com a variável “acesso prejudicado à unidade básica de saúde pela pandemia”. No entanto, as mulheres estudadas apresentaram bons resultados para essa subescala. Esse resultado pode denotar que, apesar da pandemia ter dificultado o acesso aos serviços de atenção básica, essa dificuldade não influenciou na autonomia reprodutiva dessas mulheres.

Os modelos de regressão linear simples verificaram a relação positiva entre a subescala “tomada de decisão” e a disponibilidade de informações sobre contracepção. Entretanto, quanto à disponibilidade de informações sobre planejamento reprodutivo, a relação com essa subescala foi negativa. Esse resultado pode decorrer do pequeno número de mulheres que afirmaram ter participado de grupos de planejamento reprodutivo na amostra estudada ou de uma possível influência dos profissionais na livre tomada de decisão das mesmas, devendo essa influência ser examinada e compreendida em futuras pesquisas.

A ausência de coerção apresentou relação positiva com as informações sobre

contracepção, enquanto que a comunicação não obteve relação com a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo. As variáveis de perfis, como idade, estado civil, gravidez indesejada, uso de métodos contraceptivos e local de residência, tiveram correlação significativa com a autonomia reprodutiva, sugerindo que essas características das mulheres podem ser influentes na autonomia reprodutiva.

Cabe destacar que a presente pesquisa apresenta limites consequentes da não representatividade da amostra estudada em relação da população feminina do município do Rio de Janeiro e do recrutamento da amostra ter ocorrido por via virtual e presencial, o que exige cautela quanto à generalização dos dados apresentados, especialmente pela prevalência de mulheres residentes na AP3. Portanto, o desenho da pesquisa pode ter influenciado nos achados por não ter contemplado a diversidade da população feminina em idade reprodutiva e residente neste município, além da não especificação da ocupação das mulheres, o que impediu de explorar a relação entre trabalho e autonomia reprodutiva.

Ressalta-se, ainda, que os estudos que utilizam a escala de autonomia reprodutiva no país ainda são escassos e isso limitou a comparabilidade com os resultados derivados do estudo com mulheres de uma metrópole, urbana e da região sudeste como aqui descrito.

A realização dessa dissertação foi promissora diante de um contexto de pandemia pela COVID-19, mas houve dificuldades e desafios durante o período de coleta de dados, como a pouca adesão do questionário online; o preenchimento do questionário por mulheres que não se encaixavam nos critérios de seleção; a recusa de algumas mulheres em participar da pesquisa; o cansaço da pesquisadora durante a captação presencial de respondentes; as dificuldades de deslocamento por condições inapropriadas de transporte público e, especialmente, o medo e o risco da pesquisadora de ser contagiada pelo SARS-CoV-2 em virtude de sua exposição à população não vacinada na ocasião da coleta de dados. Contudo, acredita-se que os resultados alcançados têm o potencial de subsidiar gestores e profissionais dos serviços da atenção básica à saúde para estabelecerem melhorias na assistência oferecida à população.

Recomenda-se que esses serviços promovam ampliação da oferta de grupos de planejamento reprodutivo e a redução da influência dos profissionais na tomada de decisão pela mulher acerca da contracepção nesses serviços, a fim de que a assistência em saúde sexual e reprodutiva seja garantida e continuada no município do Rio de Janeiro, em razão dos desafios impostos pelo atual momento pandêmico, e assegure o exercício dos direitos sexuais e reprodutivo das mulheres. Sugere-se também maior atenção às diretrizes e aos

objetivos propostos nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, considerando às recomendações acerca das atividades educativas para viabilizar melhor acessibilidade à informação nesses serviços.

Esta dissertação é possivelmente a primeira pesquisa com mulheres residentes em uma metrópole urbana, como o município de Rio de Janeiro, e que também examinou a relação entre a autonomia reprodutiva e o acesso à informação sobre contracepção e planejamento reprodutivo na atenção básica à saúde, tratando-se, portanto, de um estudo específico e com enfoque delimitado. Apesar de sua não representatividade populacional, a pesquisa desta dissertação pode favorecer a discussão sobre a temática e suscitar outros estudos que elucidem as questões aqui não respondidas, contribuindo para que a gestão pública de saúde e profissionais da atenção básica estabeleçam estratégias de intervenção sobre os pontos críticos na assistência ao planejamento reprodutivo e contracepção durante e após a pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ABDEL-TAWAB, N.; RABIE, T.; BOEHMOVA, Z.; HAWKINS, L.; SAHER, S.; SHITANY, A.E. Do public health services in Egypt help young married women exercise their reproductive rights? **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 130, n.53, p. E52-E55, Mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.012>. Acesso em: 16 out. 2021.
- AFFONSO, M. V.G.; PEREIRA, C.E.A.; SILVA, W.B.; SILVA, M.V.S. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p. 2-10, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310207>. Acesso em: 31 out. 2021.
- ALABI, O.; ODIMEGWU, C.O.; DE-WET, N.; AKINYEMI, J.O. Does Female Autonomy Affect Contraceptive Use among Women in Northern Nigeria? **African Journal of Reproductive Health**, Nigéria, v. 23, n. 2, p. 92-100, Jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31433597/>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- ALMEIDA, E.R.; SOUSA, A.N.A.; BRANDÃO, C.C.; CARVALHO, F.F.B.; TAVARES, G.T.; SILVA, K.C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, e180, p. 1-8, Out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 4 out. 2021.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, Out. 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- ARESKOUG-JOSEFSSON, K.; SCHINDELE, A.C.; DEOGAN, C.; LINDROTH, M. Education for sexual and reproductive health and rights (SRHR): a mapping of SRHR-related content in higher education in health care, police, law and social work in Sweden. **Sex Education**, v. 19, n. 6, p. 720-729, Jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14681811.2019.1572501>. Acesso em: 7 nov. 2021.
- ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1988 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 6, e:00213816, p. 1-14, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>. Acesso em: 18 out. 2021.
- BAHAMONDES, L.; MAKUCH, M.Y. Family planning: an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 25, n. 4, p. 319-320, Mai. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1768368>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- BAIDEN, F.; MENSAH, G.P.; AKOTO, N.O.; DELVAUX, T.; APPIAH, P.C. Covert contraceptive use among women attending a reproductive health clinic in a municipality in

Ghana. **BMC Women's Health**, v.16, n.31, p. 1-10, Jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0310-x>. Acesso em: 9 jun. 2020.

BARATA, Rita Barradas. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?** *In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 73-94. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

BARROS, P.M. A revolução sexual e o feminismo de Rose Marie Muraro através da imprensa alternativa contracultural nos anos 70. *In: VIII Congresso Internacional de História*, 2017, Paraná. **Anais [...]**. Paraná: UNESPAR, 2017. p. 2258-2265. Disponível em: <http://www.cih.uem.br/anais/2017/trabalhos/3356.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

BASTOS, T.F.; CANESQUI, A.M.; BARROS, M.B.A. "Healthy Men" and High Mortality: Contributions from a Population-Based Study for the Gender Paradox Discussion". **PLoS ONE**, Califórnia, v. 10, n. 12, e0144520, p. 1-11, Dez. 2015. Disponível em: <https://bityli.com/aLmAX>. Acesso em 09 out. 2020.

BATISTA, Glaucia de Fátima. **Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10008>. Acesso em: 16 abr. 2020.

BEZERRA, E.J.; ALMEIDA, T.S.C.; PASSOS, N.C.R.; PAZ, C.T.; BORGES-PALUCH, L.R. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Paraná, v. 22, n. 2, p. 99-108, mai./ago. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6349>. Acesso em: 22 out. 2021.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BRANDÃO, E.R.; CABRAL, C.S.; AZIZE, R.L.; HEILBORN, M.L. Homens jovens e aborto: a perspectiva masculina face à gravidez imprevista. **Cadernos de Saúde Pública**. v.36, Supl. 1, e: 00187218, p. 1-12, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00187218>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regula a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 jan. 2022.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, [1996]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 06 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Disponível em: <https://bityli.com/QFzDC>. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Editora do Ministério da Saúde, 2007, p.118. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0148_M.pdf. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.351, de 05 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, DF, [2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM. Documento de apoio às Conferências de Saúde das Mulheres Municipais, Regionais e Estaduais. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://bityli.com/yaNYK>. Acesso em: 22 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. 1. ed., Caderno nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos). Disponível em: <https://bityli.com/bendn>. Acesso em: 15 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <https://bityli.com/gYkQT>. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <https://bityli.com/ZSJII>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIyNg==>. Acesso em: 23 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1ª ed. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2477.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1ª ed., 1. reimp., Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-26-saude-sexual-e-saude-reprodutiva/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório Sistemático de Fiscalização de Saúde: exercício 2014**. Relator Ministro Benjamin Zymler. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2016. p. 103. (Relatório Sistemático de Fiscalização). Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/fic-saude-relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-de-saude-exercicio-2014.htm>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório Sistemático de Fiscalização de Saúde: exercício 2015-2016**. Relatoria Ministro Bruno Dantas. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo de Saúde, 2017. p.79. (Relatório Sistemático de Fiscalização –Fisc). Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/fisc-saude-relatorio-sistemico-de-fiscalizacao-exercicio-2015-2016.htm>. Acesso em: 26 out. 2021.

BUENO, Flávia Thedim Costa; SOUTO, Ester Paiva; MATTA, Gustavo Corrêa. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. p.27-39. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>. Acesso em: 31 Out. 2021.

BUGLIONE, Samantha. **Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre, p.1-71, 2002. Disponível em: https://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2014/08/PM_reproducao_e_sexualidade.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F.M.S.B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, e00188718, p:1-13, fev. 2020. Sup 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 13 ago. 2021.

CARVALHO, L.C.; VANZELA, D.B. A mulher e o direito à esterilização voluntária no sistema único de saúde Brasileiro. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n.9, p. 7149-71161, set. 2020. Disponível em: <https://bityli.com/HkrQG>. Acesso em: 15 out. 2020.

CASTRO, P. R. As lutas feministas e sua articulação pelas mídias digitais: percepções críticas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 459-469, set./dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/WyNY3BCFGf8CW8cZs6HhFqp/?lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2022.

CAVALCANTI, P. C. S.; GURGEL, J. G.D.; VASCONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2013.v23n4/1297-1316/pt>. Acesso em 04 out. 2021.

CLARK, L. E.; ALLEN, R. H.; GOYAL, V.; RAKER, C.; GOTTLIEB, A. S. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 210, n.1, p. 42. e1– 42.e8, Jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.019>. Acesso em: 20 out. 2021.

CNS/MS. NOTA: CNS repudia retirada de documento técnico sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres durante pandemia, do site do Ministério da Saúde. Jun. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 04 out. 2020.

COMERLATO, Pedro Henrique; SANTOS, Sinara; ZIEGLER, Nadine; CAPP, Edison; NIENOV, Otto Henrique. Métodos estatísticos para desfechos qualitativos. *In*: CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. p. 101-124.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, S. (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. *In*: BERQUÓ, E. (org.). **SEXO & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Unicamp, 2003.

CRUZ, M.H.S. Empoderamento das mulheres. **Revista Inclusão Social**, Brasília, DF, v.11, n.2, p.101-114, Ago. 2018. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4248>. Acesso em: 21 out. 2020.

DAMASCENO, K.S.A.; MOREIRA, T.M.M.; QUEIROZ, M.V.O. Conhecimento e uso de métodos contraceptivos de longa duração entre adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 2, p. 89-97, Mai. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v3i2.16064>. Acesso em: 17 jan. 2022.

DARSKI, Caroline; KUHL, Cristiana; TERRACIANO, Paula Barros; NIENOV, Otto Henrique. Desfechos quantitativos: amostras independentes. *In*: CAPP, Edison; NIENOV, Otto Henrique (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. p. 125-156.

DAVID, L.O.; BOTOGOSKI, S.R. SARC e LARC: grau de conhecimento e frequência de uso em complexo hospitalar de referência no Paraná. **Arquivos Médicos do Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 66, e: 016, p.1-11, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.016>. Acesso em 11 ago. 2021.

DELGADO, V.G.; OLIVEIRA, E.S.; FROTA, E.F.P.; NETA, A.R.D.; CHAVES, R.F.; NASCIMENTO, G.O.B.; MACIEL, A.E.C.; SOARES, F.G.S. Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.3, n.5, p.12315-12327, set./out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16528>. Acesso em: 11 ago. 2021.

DIAS, A.C.S.; FERREIRA, S.L.; GUSMÃO, M.E.N.; MARQUES, G.C.M. Influência das características sociodemográficas e reprodutivas sobre a autonomia reprodutiva entre mulheres. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 30, e20200103, p.1-15, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0103>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DIAZ, Johanna Ovalle; WERKA, Hellen Meiry Grosskopf; CAPP, Edison; NIENOV, Otto

Henrique. Correlações, risco, razão de chances e avaliação de testes diagnósticos. *In*: CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. p. 177-196.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.653-660, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2021.

ESHRE CAPRI WORKSHOP GROUP. Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. **Human Reproduction**, Oxford, v.33, n. 5, p: 777-783, Mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/dey089>. Acesso em: 06 ago. 2021.

ENGELS, Friedrich. A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado. São Paulo: Centauro, 2002.

ENSOR, T; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. **Health Policy Planning**, v. 19, n. 2, p. 69–79, Mar. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14982885/>. Acesso em: 02 out. 2020.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67 (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>. Acesso em: 12 jul. 2021.

FERNANDES, E.T.B.S.; DIAS, A.C.S.; FERREIRA, S.L.; MARQUES, G.C.M; PEREIRA, C.O.J. Adaptação cultural e confiabilidade da *Reproductive Autonomy Scale* para mulheres no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.32, n.3, p.298-304, mai/jun.2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300298&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2020.

FERNANDES, E.T.B.S.; FERREIRA, S.L.; FERREIRA, C.S.B.; SANTOS, E.A. Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, sup. 4, e: 20190786, p. 1-6, set. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>. Acesso em: 04 out.2020.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 03, e300309, p. 1-11, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300309>. Acesso em: 7 nov. 2021.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.19, e00321153, p. 1-20, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>. Acesso em: 26 jan. 2022.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da**

UNESP, São Paulo, v.9, n.1, p. 70-82, 2010. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero_e_saude_2.pdf. Acesso em 08 out. 2020.

FERREIRA-FILHO, E. S.; MELO, N. R.; SORPRESO, I. C. E.; BAHAMONDES, L., SIMÕES, R. D. S.; SOARES-JÚNIOR, J. M.; BARACAT, E. C. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. **Expert Review of Clinical Pharmacology**, v. 13, n. 6, p. 615-622, June, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1782738>. Acesso em: 7 nov. 2020.

FIOCRUZ. Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FIUZA; E.S.S.; ROCHA, J.F.D.; CARNEIRO, J.A.; COSTA, F.M. Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4: p. 3227-3238, out./dez. 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204816>. Acesso em: 18 out. 2020.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. **Interim Technical Note**, Apr. 2020. Disponível em: <https://bityli.com/labsm>. Acesso em: 25 mai. 2020.

_____. **Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise**. 2019. Disponível em: <https://www.naibisummiticpd.org/content/icpd25-commitments>. Acesso em: 07 fev. 2022.

GANATRA, B.; GERDTS, C.; ROSSIER, C.; JOHNSON JR, B.R.; TUNÇALP, Ö.; ASSIFI, A.; SEDGH, G.; SINGH, S.; BANKOLE, A.; POPINCHALK, A.; BEARAK, J.; KANG, Z.; ALKEMA, L. Global, regional, and sub-regional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian Hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n.10110, p.2372-2381, Nov. 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4). Acesso em: 13 ago. 2021.

GARCIA, Carla Cristina. **Breve História do Feminismo**. São Paulo: Claridade, 2015.

GEBREWAHD, G.T.; GEBREMESKEL, G.G.; TADESSE, D.B. Intimate partner violence against reproductive age women during COVID-19 pandemic in northern Ethiopia 2020: a community-based cross-sectional study. **Reproductive health**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01002-w>. Acesso em: 25 out. 2021.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDOZA, D. C. R.; MENDONÇA, M. H. M.; BOUSQUAT, A.; AQUINO, R. MEDINA, M. G. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44 (spe4), p. 161-176, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

GOLDHAMMER, D. L.; FRASER, C.; WIGGINTON, B.; HARRIS, M. L.; BATESON, D.; LOXTON, D.; STEWART, M.; COOMBE, J.; LUCKE, J. C. What do young Australian women want (when talking to doctors about contraception)?. **BMC family practice**, v.18, n.35, Mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0616-2>. Acesso em 19 out. 2021.

GONÇALVES, T.R.; LEITE, H.M.; BAIROS, F.S.; OLINTO, M.T.A.; BARCELLOS, N.T.; COSTA, J.S.D. Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.53, n. 28, abr. 2019. Disponível em: <https://bityli.com/Afixe>. Acesso em: 04 out. 2020.

GONZAGA, V. A. S.; BORGES, A. L. V.; SANTOS, A. O.; ROSA, P. L. F. S.; GONÇALVES, R. F. S. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51:e03270, Jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>. Acesso em: 18 jan. 2022.

GRACE, K.T.; ANDERSON, J.C. Reproductive Coercion: A Systematic Review. **Trauma, Violence & Abuse**, Washington, v. 19, n.4, p.371-390, Oct. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577387/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

GRINDLAY, K. DAKO-GYEKE, P.; NGO, T.D.; EVA, G. GOBAH, L.; REIGER, S.T.; CHANDRASEKARAN, S.; BLANCHARD, K. Contraceptive use and unintended pregnancy among young women and men in Accra, Ghana. **Plos One**, Califórnia, v.13, n.8, e0201663, p.1-13, Aug. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097688/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde-2013**: questionário dos moradores do domicílio. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2962.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em: 18 out. 2020.

IPP. INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Bairros Cariocas**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/kYDdX>. Acesso em: 21 out. 2020.

IPPF - International Planned Parenthood Federation. COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world. Comunicado à imprensa. Apr. 2020. Disponível em: <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>. Acesso em: 14 set. 2020.

JACOBS, B.; BIGDELI, M.; ANNEAR, P. L.; DAMME, W.V. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. **Health Policy and Planning**, v.27, n. 4, p. 288-300, July 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>. Acesso em:02 out. 2020.

JAIN, A.K.; WINFREY, W. Contribution of Contraceptive Discontinuation to Unintended Births in 36 Developing Countries. **Studies in Family Planning**, v.48, n.3, p.269-278, Sep.

2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28398595/>. Acesso em: 11 ago. 2021.
- KOLONTAI, Alexandra. **A nova mulher e a moral sexual**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- KONDER, C. N.; KONDER, C. M. S. Autonomia reprodutiva e novas tecnologias no ordenamento brasileiro: violações e ameaças ao direito a gerar e a não gerar filhos. **Revista da Faculdade de Direito UFMG**, Belo Horizonte, n. 69, p. 113-131, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1783/1696>. Acesso em: 14 jul. 2020.
- LAGO, T.D.G.; KALCKMANN, S.; ALVES, M.C.G.P.; ESCUDER, M.M.L.; LOLL, D.; FLEMING, J. P.; STEPHENSON, R.; KING, E. J.; MORHE, E.; MANU, A.; HALL, K. S. Factors associated with reproductive autonomy in Ghana. **Culture, Health & Sexuality**, n. 23, v. 3, p. 349-366, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1710567>. Acesso em: 7 nov. 2021.
- LEMO, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://bityli.com/YIBum>. Acesso em: 13 jul. 2020.
- LEÓN, Magdalena; MARGARET, Schuler; STEPHANIE, Riger; NELLY, Stromquist; KATE, Young; NAILA, Kabeer; SASKIA E., Wieringa; SRILATHA, Batliwala; JO, Rowlands. **Poder y empoderamiento de las mujeres**. 1. ed. Colômbia: Tercer Mundo Editores, 1997.
- LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 671-682, jul./set. 2015. Disponível em: <https://bityli.com/TSJpZf>. Acesso em: 17 out. 2020.
- MADALOZZO, R. Transitions in fertility for Brazilian women: an analysis of impact factors. **PLoS One**, v. 7, n. 7, e40756, p. 1-8, July, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040756>. Acesso em: 7 nov. 2021.
- MELO, C.R.M.; BORGES, A.L.V.; DUARTE, L.S.; NASCIMENTO, N.C. Contraceptive use and the intention to become pregnant among women attending the Brazilian Unified Health System. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, e3328, p. 1-11, Aug. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PhK87dTCtYXLHzvShcKSL5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2021.
- MEDEIROS, T.F.R.; SANTOS, S.M.P.; XAVIER, A.G.; GONÇALVES, R.L.; MARIZ, S.R. Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e57350x, jun.2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57350>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R.R.; WERNEK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELO, Bernardo Dolabella et al. (org). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 22 p.

MENDES, J.D.S. As mulheres a frente e ao centro da pandemia do novo coronavírus. **Revista Brasileira de Cultura e Política em Direitos Humanos**. Rio de Janeiro, mai. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341778505_As_mulheres_a_frente_e_ao_centro_da_pandemia_do_novo_coronavirus. Acesso em: 15 set. 2020.

MILLER, E.; MCCAULEY, H. L.; TANCREDI, D. J.; DECKER, M. R.; ANDERSON, H.; SILVERMAN, J. G. Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. **Contraception**, v.89, n.2, p.122–128, Feb. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.011>. Acesso em: 20 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Fev. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

MITRA, P. Invisible women in reproductive Technologies: Critical reflections. **Indian Journal of Medical Ethics**, Índia, v. 3, n. 2, p. 113-119, Apr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.031>. Acesso em: 9 jun. 2020.

MOREIRA, Michele Strelow; RODRIGUES, Marina Petter; FERREIRA, Charles Francisco; NIENOV, Otto Henrique. Regressão linear simples e múltipla. *In*: CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. p. 197-216.

MURARO, R.M.A **mulher no terceiro milênio**: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro. 6ª tiragem. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2000.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento**: Plataforma de Cairo. Capítulo VII, Direitos de Reprodução e Saúde Reprodutiva, Cairo, p. 62-71, set. 1994. Disponível em: <https://bitly.com/MIPOG>. Acesso em: 15 Out. 2020.

_____. **Consenso de Montevideo sobre População e Desenvolvimento**. Primeira Reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe, Montevideo, p. 1-32, ago. 2013. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/consenso_montevideo_por.pdf. Acesso em: 07 Fev. 2022.

NALL, M.; O'CONNOR, S.; HOPPER, T.; PETERSON, H.; MAHAJAN, B. Community Women and Reproductive Autonomy: Building an Infrastructure for Long-Acting Reversible Contraception (LARC) Services in a Mobile Health Clinic. **Journal of Health Care for the Poor Underserved**, Estados Unidos, v.30, n.1, p.47-58, Feb. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30827968/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NANDA, K.; LEBETKIN, E.; J. STEINER, M.; YACOBSON, I.; J. DORFLINGER, L. Contraception in the Era of COVID-19. **Global Health: Science and Practice**, v.8, n. 2, p. 166-168, Apr. 2020. Disponível em: <https://bitly.com/zhJKP>. Acesso em: 14 set. 2020.

NASCIMENTO, D. A. S.; MOTA, D. M. “O conceito de autonomia em estudos sobre mulheres”. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, Espanha, jan. 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/autonomia-estudos-mulheres.html>. Acesso em: 22 out. 2020.

NASSER, M. A.; NEMES, M. I. B.; ANDRADE, M. C.; PRADO, R. R.; CASTANHEIRA, E. R. L. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006711.pdf. Acesso em: 04 out. 2020.

NGUYEN, N.; LONDEREE, J.; NGUYEN, L. H.; TRAN, D. H.; GALLO, M. F. Reproductive autonomy and contraceptive use among women in Hanoi, Vietnam. **Contracept X**, v.1, n. 100011, p.1-12, Oct. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590151619300103?via%3Dihub>. Acesso em: 18 jul. 2021.

NOGUEIRA, I. L.; CARVALHO, S. M.; TOCANTINS, F. R.; FREIRE, M. A. M. Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1; p. 242-247, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://bityli.com/MsFtJ>. Acesso em: 13 out. 2021.

NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Jun. 2020. Disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_46.pdf. Acesso em: 08 jan. 2022.

NOVO, J. L. V. G.; PRETTI, B. C.; TORRES, A. Estudo da futura contracepção de puérperas de baixo e de alto riscos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, São Paulo, 20 (Supl.), p. 181-192, out. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/40097>. Acesso em: 09 out. 2020.

ODM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, mai. 2014, 208p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf. Acesso em: 07 nov. 2020.

ODS. **Relatório dos Indicadores para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Igualdade de Gênero. Brasil, 2022. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/relatorio/sintese>. Acesso em: 30 jan. 2022.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820–34, Dec. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157324/>. Acesso em: 02 out. 2020.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Suscetibilidades e problemas de saúde de mulheres grávidas: cuidados adotados na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem**

UFPE on line, Pernambuco, v. 11, n. 5, p. 1798-809, mai. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31368>. Acesso em: 26 mai. 2020.

OLIVEIRA, P. C.; PIRES, L. M.; JUNQUEIRA, A. L. N.; VIEIRA, M. A. S.; MATOS, M. A.; CAETANO, K. A. A.; MINAMISAVA, R.; TELES, S. A.; SOUZA, M. M. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 19, p. 1-11, nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39926>. Acesso em: 11 out. 2021.

OLSEN, J.M.; LAGO, T.D.G.; KALCKMANN, S.; ALVES, M.C.G.P.; ESCUDER, M.M.L. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019617>. Acesso em: 04 out. 2020.

OMS. **Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción**: orientaciones y recomendaciones. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2014. Disponível em: <https://bitly.com/ZxCkf>. Acesso em: 10 set. 2020.

ONU. **Transforming our world**: the 2030 Agenda for Sustainable Development Transformando. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 22 abr. 2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Folha informativa sobre COVID-19**. Brasil, 2020. Atualizada em 22 de mai. de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 25 mai. 2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Folha informativa – Gênero**. Atualizada em agosto de 2015. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5668:folha-informativa-genero&Itemid=820. Acesso em: 09 out. 2020.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p. 25-32, 1998. Supl.1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf> . Acesso em: 19 out. 2020.

PADILHA, T.; SANCHES, M.A. Participação masculina no planejamento familiar: revisão integrativa da literatura*. **Interface**, Botucatu, v. 24, e200047, p. 1-15, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200047>. Acesso em: 13 out. 2021.

PAIVA, C.C.N., CAETANO, R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 1-11, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190142.pdf. Acesso em: 26 mai. 2020.

PAIVA, C.C.N.; CAETANO, R.C.; SALDANHA, B.L.; PENNA, L.H.G.; LEMOS, A. Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.22, n.1, p.23-46,

jan./mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>. Acesso em: 22 out. 2021.

PAULA, S.H.B.; FIGUEIREDO, R.; BONFIM, J.R.A.; LOURINHO, L.A.; LINARD, C.F.B.M. Interfaces entre aborto e legislação em direito e saúde sexual e reprodutiva no Brasil: situação atual e tentativas de retrocesso. *In: Brilhante, A.V.M.[et al.](orgs). Interfaces entre saúde mental, gênero e violência*, 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2018.

PEREZ, O. C.; RICOLDI, A. M. A quarta onda feminista: interseccional, digital e coletiva. *In: Congresso Latino-Americano de Ciência Política (ALACIP)*, 10, Monterrey, Nuevo León, México, 2019. *Anais [...]*. s. l.: ALACIP; Asociación Mexicana de Ciências Políticas A.C. (AMECIP); Tecnológico de Monterrey, 2019. Disponível em: Acesso em: 07 fev. 2022.

PETERS, D. H., GARG, A., BLOOM, G.; WALKER, D. G.; BRIEGER, W. R.; RAHMAN, M. H. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Nova Iorque, v. 1136, e:1, p. 161–71, Jul. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17954679/>. Acesso em: 02 out. 2020.

PINTO, Céli Regina Jardim. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PMS-RJ. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. 2014-2017. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://bityli.com/FQsmP>. Acesso em: 05 set. 2016.

PRATA, N.; FRASER, A.; HUCHKO, M. J.; GIPSON, J. D.; WITHERS, M.; LEWIS, S.; CIARALDI, E. J.; UPADHYAY, U. D. WOMEN'S EMPOWERMENT AND FAMILY PLANNING: A REVIEW OF THE LITERATURE. *Journal of biosocial science*, v. 49, n. 6, p. 713-743, Jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0021932016000663>. Acesso em: 11 out. 2021.

PRINCEWILL, C.W., DE CLERCQ, E., RIECHER-ROSSLER, A., JEGEDE, A.S., WANGMO, T., ELGER, B.S. Education and reproductive autonomy: the case of married Nigerian women. *Narrative Inquiry in Bioethics*, Estados Unidos, v.7, n.3, p. 231-244, 2017. Disponível em: doi: 10.1353/nib.2017.0071. Acesso em: 19 jun. 2020.

REIS, A.P.; GÓES, E.F.; PILECCO, F.B.; ALMEIDA, M.C.C.; DIELE-VIEGAS, L.M.; MENEZES, G.M.S.; AQUINO, E.M.L. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.44, n. Especial 4, p. 324-340, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JDP7W6J9mk5Gt3ZjPKvhNLm/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

ROMFELD, V.S. As raízes do patriarcado: contribuições teóricas sobre a violência contra as mulheres no Brasil. *Captura Críptica: direito, política, atualidade*, Florianópolis, n.4, v.2, p. 215-229, jan./dez. 2015. Disponível em: <http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/view/3095/2372>. Acesso em: 19 out. 2020.

ROSANELI, C.F.; COSTA, N.B.; SUTILE, V.M. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da bioética. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jun. 2020. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300114>. Acesso em: 04 out. 2020.

RUIVO, A.C.O.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; WACHS, L.S.; FASSA, A.G. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, e00123220, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123220>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.31, n.3,p.260-268, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>. Acesso em: 5 ago. 2020.

SANTOS, P. P. Nota sobre a exoneração da equipe técnica vinculada à coordenação de saúde das mulheres do Ministério da Saúde. **Visibilidade Feminina**, 06 jun. 2020. Disponível em: <https://visibilidedefeminina.org/noticias/20-nota-de-repudio>. Acesso em: 08 fev. 2022.

SANTOS, R.B.; BARRETO, R.M.; BEZERRA, A.C.L.; VASCONCELOS, M.I.O. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção da autonomia feminina em uma unidade básica de saúde no Ceará. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2020.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **QualiSUS Rede**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-QualiSUS-RJ-web.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

SEDGH, G.; SINGH, S.; HUSSAIN, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Stud Fam Plann**, v. 45, n. 3, p. 301-314, Sep. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25207494/>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SEHNEM, G.D.; CRESPO, B.T.T.; LIPINSKI, J.M.; RIBEIRO, A.C.; WILHELM, L.A.; ARBOIT, J. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais de enfermagem. **Avances en Enfermería**, Colômbia, v.37, n.3, p.343-352, set. 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78933>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SILVA, C.M.A.; SOUZA, M.D.; SALIMENA, A.M.O.; GOMES, D.T.G.; PAIVA, C.C.N. Autonomia ou indução: fatores associados na escolha do método contraceptivo. **Enfermagem**

Brasil, v.14, n.4, p. 217-223, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v14i4.44>. Acesso em: 18 out. 2021.

SILVA, J. P. A.; CARMO, V. M.; RAMOS, G. B. J. R. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 101-122, jan./jul.2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0197/2021.v7i1.7948>. Acesso em: 07 Fev. 2022.

SILVA, W.G.S.; BERNAL, H.L.; CÂNDIDO, F.N.O.; RAIMUNDO, P.P.M.; DUARTE, S.J.H. O planejamento familiar para homens. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 11, p. 3098-3109, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a237248p3098-3109-2018>. Acesso em: 17 jan. 2022.

SKRACIC, I.; LEWIN, A.B.; STEINBERG, J.R. Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive USE. **Journal of Women's Health**, v.30, n.8,p.1078-1085, Aug. 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/jwh.2020.8784>. Acesso em: 19 out. 2021.

RILEY, T.; SULLY, E.; AHMED, Z.; BIDDLECOM, A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 46, p.73-76, Apr. 2020. Disponível em: encurtador.com.br/hnDH3. Acesso em: 14 set. 2020.

TEJADA, C. A. O.; TRIACA, L.M.; COSTA, F. K.; HELLWIG, F. The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil. **PLoS One**, v. 12, n. 2, e0171888, p. 1-10, Feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171888>. Acesso em: 7 nov. 2021.

TEODORO, L.P.P.; MORAIS, V.M.C.C.; FILHO, J.A.S.; TORRES, G.M.C.; FIGUEIREDO, I.D.T.; CÂNDIDO, J.A.B.; PINTO, A.G.A. Só engravida quem quer? Práticas educativas nas ações de planejamento reprodutivo. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.14, n.4, e:9094, p.1-15, out./dez. 2021. Disponível em: encurtador.com.br/evzCM. Acesso em: 22 out. 2021.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **A breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

_____. **Breve história do feminismo no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2017.

THEME-FILHA, M.M.; BALDISSEROTTO, M.L.; FRAGA, A.C.S.A.; AYERS, S.; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, v. 13 (Suppl 1), n. 118, p. 235-243, Oct. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27766945/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

THIEDE, M.; MCINTYRE, Di. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, May, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2020.

TRINDADE, R.E.; SIQUEIRA, B.B.; DE PAULA, T.F.; FELISBINO-MENDES, M.S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.26, p.3493-3504, 2021. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbjCVL/>. Acesso em: 17 out. 2021.

UPADHYAY, U.D; DWORKIN, S.L.; WEITZ, T.A.; FOSTER, D.G. Development and validation of a reproductive autonomy scale. **Studies in Family Planning**, v. 45, n. 1, p. 19-41, Mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>. Acesso em: 18jun. 2020.

VEDANA, B.B.; GERVASONI, T.A. Os movimentos feministas na América-Latina e as perspectivas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. **Revista Ártemis**, João Pessoa. v. 29, n. 1, p. 279-298, jan./jun.2020. Disponível em:<https://search.proquest.com/openview/3f1ab9cd0d6d9e02dd5c60d85f85efa5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4708196>. Acesso em: 19 out. 2020.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília, 2009.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas Públicas e Contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. VORA, K.S.; SAIYED, S. NATESAN, S. Impact of COVID-19 on family planning services in India. **Sexual and Reproductive Health Matters**, Londres, v. 28, n.1, p. 56-59, Jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785378>. Acesso em:13 out. 2020.

WEINBERGER, M.; HAYES, B; WHITE, J.; SKIBIAKC, J. Doing Things Differently: What It Would Take to Ensure Continued Access to Contraception During COVID-19. **Global Health: Science and Practice**, v.8, n.2, p. 169-175, June, 2020. Disponível em: <https://www.ghspjournal.org/content/ghsp/8/2/169.full.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

YIRGU, R.; WOOD, S.N.; KARP, C.; TSUI, A. MOREAU, C. “You better use the safer one... leave this one”: the role of health providers in women’s pursuit of their preferred family planning methods. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 170, p.1-9, Aug. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01034-1>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ZIEGLER, Nadine; COMERLATO, Pedro Henrique; SANTOS, Sinara; CAPP, Edison; NIENOV, Otto Henrique. Teste de Hipóteses. In: CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. p. 93-100.

APÊNDICE A - Composição geográfica das áreas de planejamento do Município do Rio de Janeiro

Quadro 1 – Áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro e suas respectivas regiões de planejamento, regiões administrativas e bairros.

| AP | RP | Nº | RA | Bairros |
|-------|-----|--------|--------------------|---|
| 1 | 1.1 | I | Portuária | Caju, Gamboa, Santo Cristo e Saúde. |
| | | II | Centro | Centro e Lapa. |
| | | III | Rio Comprido | Catumbi, Cidade Nova, Estácio e Rio Comprido. |
| | | XXIII | Santa Teresa | Santa Teresa. |
| | | VII | São Cristóvão | Benfica, Mangueira, São Cristóvão e Vasco da Gama. |
| | | XXI | Ilha de Paquetá | Paquetá. |
| 2 | 2.1 | IV | Botafogo | Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras e Urca. |
| | | V | Copacabana | Copacabana e Leme. |
| | | VI | Lagoa | Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado, Vidigal. |
| | | XXVII | Rocinha | Rocinha. |
| | 2.2 | VIII | Tijuca | Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira e Tijuca. |
| | | IX | Vila Isabel | Andaraí, Grajaú, Maracanã e Vila Isabel. |
| 3 | 3.1 | X | Ramos | Bonsucesso, Manguinhos, Olaria, Ramos. |
| | | XXX | Maré | Complexo de treze favelas que formam a Maré. |
| | 3.2 | XXVIII | Jacarezinho | Jacarezinho. |
| | | XIII | Méier | Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos. |
| | 3.3 | XIV | Irajá | Colégio, Irajá, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos, Vista Alegre. |
| | | XV | Madureira | Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Honório Gurgel, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Quintino Bocaiuva, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo. |
| | 3.4 | XII | Inhaúma | Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Inhaúma, Maria da Graça, Tomás Coelho. |
| | | XXIX | Complexo do Alemão | Complexo do Alemão. |
| | 3.5 | XI | Penha | Brás de Pina, Penha, Penha Circular. |
| | | XXXI | Vigário Geral | Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Vigário Geral. |
| | 3.6 | XXII | Anchieta | Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque. |
| | | XXV | Pavuna | Acari, Barros Filho, Coelho Neto, Costa Barros, Pavuna, Vasco da Gama. |
| | 3.7 | XX | Ilha do Governador | Bancários, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia (Ilha do Governador), Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá, Zumbi. |
| | 4 | 4.1 | XVI | Jacarepaguá |
| XXXIV | | | Cidade de Deus | Cidade de Deus. |

| | | | | |
|---|-----|--------|-----------------|--|
| | 4.2 | XXIV | Barra da Tijuca | Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena. |
| 5 | 5.1 | XVII | Bangu | Bangu, Gericinó, Jabour, Padre Miguel, Senador Camará e Vila Kennedy. |
| | | XXXIII | Realengo | Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo e Vila Militar. |
| | 5.2 | XVIII | Campo Grande | Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo e Senador Vasconcelos. |
| | 5.3 | XIX | Santa Cruz | Paciência, Santa Cruz e Sepetiba |
| | 5.4 | XXVI | Guaratiba | Barra de Guaratiba, Guaratiba, e Pedra de Guaratiba |

Fonte: Instituto Pereira Passos, 2020.

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados – Questionário



QUESTIONÁRIO



PARTE I: Perguntas quanto à elegibilidade da participante e progressão para PARTE II do questionário

| |
|--|
| 1- Você reside no município do Rio de Janeiro? () SIM () NÃO - Encerramento e agradecimento |
| 2- Você utiliza os serviços públicos da rede básica (posto de saúde ou unidade da saúde da família) para obter orientações sobre contracepção e métodos contraceptivos? () SIM () NÃO - Encerramento e agradecimento |

PARTE II: Perfil sociodemográfico

Data: ___/___/_____ **Horário do início do preenchimento:** ___:___

2.1. Em qual região administrativa (bairro) do município do Rio de Janeiro você mora atualmente?

| | |
|--|---|
| () Portuária (Caju, Gamboa, Santo Cristo e Saúde) | () Irajá (Colégio, Irajá, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos, Vista Alegre) |
| () Centro (Centro e Lapa) | () Madureira (Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Honório Gurgel, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Quintino Bocaiuva, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo) |
| () Rio Comprido (Catumbi, Cidade Nova, Estácio e Rio Comprido) | () Inhaúma (Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Inhaúma, Maria da Graça, Tomás Coelho) |
| () Santa Tereza | () Complexo de Alemão |
| () São Cristóvão (Benfica, Mangueira, São Cristóvão e Vasco da Gama) | () Penha (Brás de Pina, Penha, Penha Circular) |
| () Ilha de Paquetá (Paquetá) | () Vigário Geral (Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Vigário Geral) |
| () Botafogo (Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras e Urca) | () Anchieta (Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque) |
| () Copacabana (Copacabana e Leme) | () Pavuna (Acari, Barros Filho, Coelho Neto, Costa Barros, Pavuna, Vasco da Gama) |
| () Lagoa (Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado, Vidigal) | () Ilha do Governador (Bancários, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia (Ilha do Governador), Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá, Zumbi) |
| () Rocinha | () Jacarepaguá (Anil, Curicica, Freguesia (Jacarepaguá), Gardênia Azul, Jacarepaguá, Pechincha, Praça Seca, Tanque, Taquara e Vila Valqueire) |
| () Tijuca (Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira e Tijuca) | () Cidade de Deus |
| () Vila Isabel (Andaraí, Grajaú, Maracanã e Vila Isabel) | () Barra da Tijuca Barra da Tijuca, Camorim, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena) |
| () Ramos (Bonsucesso, Manguinhos, Olaria, Ramos) | () Bangu (Bangu, Gericinó, Jabour, Padre Miguel, Senador Camará e Vila Kennedy) |
| () Maré | () Realengo (Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo e Vila Militar) |
| () Jacarezinho | () Campo Grande (Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo e Senador Vasconcelos) |
| () Méier (Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos) | () Santa Cruz (Paciência, Santa Cruz e Sepetiba) |
| () Irajá (Colégio, Irajá, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos, Vista Alegre) | () Guaratiba (Barra de Guaratiba, Guaratiba, e Pedra de Guaratiba) |
| 2.2. Você tem 18 anos ou mais? () SIM () NÃO - Encerramento e agradecimento | 2.3. Qual a sua idade? _____ anos. |

| | |
|--|---|
| <p>2.4. Qual a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena</p> <p>2.6. Quantos anos que você estudou? <input type="checkbox"/> até 4 anos <input type="checkbox"/> de 5 a 8 anos <input type="checkbox"/> de 9 a 12 anos <input type="checkbox"/> 13 ou mais anos</p> | <p>2.5. Qual é a sua escolaridade? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo ou incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo ou incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo ou incompleto</p> <p>2.7. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada/ Unida <input type="checkbox"/> Separada/Divorciada ou Viúva.</p> |
| <p>2.8. Você já fez sexo/teve relação sexual? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Encerramento e agradecimento</p> | |

| PARTE III: Perfil da saúde reprodutiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| <p>3.1. Quantas vezes você ficou grávida? <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes ou mais</p> | <p>3.2. Quantos partos você já teve? <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Três ou mais</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.3. Você já ficou grávida quando não desejava engravidar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> | <p>3.4. Você teve algum aborto? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM . Quantos? _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.5. Qual o tipo de unidade básica que você utiliza regularmente? <input type="checkbox"/> Centro municipal ou posto de saúde <input type="checkbox"/> Unidade da Saúde da Família</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.6. Você usa algum método para evitar gravidez? <input type="checkbox"/> SIM - seguir para questão 3.6.1 <input type="checkbox"/> NÃO - seguir para questão 3.6.2</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.6.1 Que método para evitar a gravidez você usa atualmente?</p> <table border="0"> <tr> <td>a. Pílula</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>b. Tabela</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>c. Camisinha masculina</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>d. Camisinha feminina</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>e. Diafragma</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>g. Contraceptivo Injetável</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>h. Implantes (Norplant)</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>f. Dispositivo Intrauterino - DIU</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>i. Creme/óvulo</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>j. Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência)</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>g. Outro método. Especifique: _____</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> </table> | | a. Pílula | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | b. Tabela | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | c. Camisinha masculina | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | d. Camisinha feminina | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | e. Diafragma | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | g. Contraceptivo Injetável | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | h. Implantes (Norplant) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | f. Dispositivo Intrauterino - DIU | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | i. Creme/óvulo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | j. Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | g. Outro método. Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| a. Pílula | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. Tabela | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. Camisinha masculina | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d. Camisinha feminina | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e. Diafragma | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g. Contraceptivo Injetável | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h. Implantes (Norplant) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f. Dispositivo Intrauterino - DIU | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i. Creme/óvulo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j. Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g. Outro método. Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.6.2- Qual o principal motivo de não evitar a gravidez?</p> <table border="0"> <tr> <td>Quero engravidar</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>Por motivos religiosos</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>Não sabe como evitar</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>Não sabe onde buscar estas informações</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>Estou grávida</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>Liguei as minhas trompas (ligadura tubária)</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>O meu companheiro fez vasectomia</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>Outro motivo. Qual o motivo? _____</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> </table> | | Quero engravidar | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Por motivos religiosos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Não sabe como evitar | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Não sabe onde buscar estas informações | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Estou grávida | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Liguei as minhas trompas (ligadura tubária) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | O meu companheiro fez vasectomia | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Outro motivo. Qual o motivo? _____ | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | |
| Quero engravidar | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por motivos religiosos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não sabe como evitar | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não sabe onde buscar estas informações | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estou grávida | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liguei as minhas trompas (ligadura tubária) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O meu companheiro fez vasectomia | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outro motivo. Qual o motivo? _____ | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PARTE IV: Disponibilidade de informações sobre contracepção na unidade básica |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • As perguntas a seguir se referem à disponibilidade de informações sobre contracepção na unidade básica de saúde. |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Queremos saber sobre o seu acesso a essas informações na clínica da família/posto de saúde que você tem utilizado neste último ano. |
| <p>4.1. Nos últimos 12 meses, você recebeu orientações sobre contracepção na unidade básica?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.2. Nos últimos 12 meses, você participou de grupo de planejamento familiar na unidade básica?</p> <p>() SIM - seguir para questão 4.2.1 () NÃO - seguir para questão 4.3</p> |
| <p>4.2.1 O seu parceiro participou de grupo de planejamento familiar na unidade básica?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.3. Você foi informada sobre as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo na unidade básica?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.4. Você se considera informada acerca dos métodos para evitar uma gravidez não planejada/indesejada?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.5. Você considera que a unidade básica favorece a mulher decidir livremente acerca da saúde reprodutiva/contracepção?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.6. Você considera que a unidade básica oferece as informações necessárias para a prevenção da gravidez não planejada/indesejada?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.7. A pandemia da COVID-19 prejudicou o seu acesso à unidade básica de saúde?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.8. A pandemia da COVID-19 dificultou o seu acesso ao planejamento familiar e contracepção na unidade básica?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |
| <p>4.9. A pandemia da COVID-19 dificultou a aquisição dos métodos contraceptivos oferecidos pela unidade básica?</p> <p>() SIM () NÃO</p> |

| |
|---|
| <p>PARTE V: Avaliação da Autonomia Reprodutiva</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • As próximas questões são sobre você e seu principal parceiro, ou o parceiro sexual mais recente. • As questões perguntam sobre quem tem a palavra final em diferentes tipos de decisões. • Se você tem mais de um parceiro, pense no seu parceiro principal. Se você não tem um parceiro, pense em um parceiro anterior. Se você não tem como fazer nenhuma das seguintes decisões, por favor, pense em quem teria mais a dizer na decisão. |
| <p>INSTRUTIVO: Para as questões abaixo, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas:</p> <p><input type="checkbox"/> Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu</p> |
| <p>Tomada de decisão</p> |
| <p>1. Quem decide sobre você usar um método para evitar a gravidez?</p> <p>() Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)</p> <p>() Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente.</p> <p>() Eu</p> |

| |
|---|
| <p>2. Quem decide sobre qual método você usaria para evitar a gravidez?</p> <p>() Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)</p> <p>() Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente.</p> <p>() Eu</p> |
| <p>3. Quem decide sobre quando ter um bebê em sua vida?</p> <p>() Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)</p> <p>() Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente</p> <p>() Eu</p> |
| <p>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?</p> <p>() Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)</p> <p>() Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente.</p> <p>() Eu</p> |
| <p>As próximas questões são sobre você e seu principal ou mais recente parceiro sexual.</p> <p>Para estas questões, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu discordo muito</p> <p><input type="checkbox"/> Eu discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Eu concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> |
| <p>Ausência de coerção</p> |
| <p>5. Seu parceiro te impediu de usar um método para evitar a gravidez quando você queria usar um.</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>6. Seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de um método para evitar a gravidez quando você queria usar um</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>7. Seu parceiro te fez usar algum método para evitar a gravidez quando você não queria utilizar um</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>8. Seu parceiro te impediria de usar um método para evitar a gravidez se você quisesse usar um</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>9. Seu parceiro te pressionou para engravidar</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>Comunicação</p> |
| <p>10. Seu parceiro te apoiaria se você quisesse usar um método para evitar a gravidez</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>11. É fácil falar sobre sexo com seu parceiro</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>12. Se você não quisesse ter relação sexual você poderia dizer para seu parceiro</p> <p>() Eu discordo muito</p> <p>() Eu discordo</p> <p>() Eu concordo</p> <p>() Eu concordo muito</p> |
| <p>13. Se você estivesse na dúvida em estar grávida ou não estar grávida, você poderia conversar com seu parceiro sobre</p> |

| |
|--|
| isso <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito |
| 14. Se você realmente não quisesse ficar grávida você poderia convencer seu parceiro a não ter filho <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito |
| Horário do final do preenchimento: __:__. Encerramento e agradecimento |

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM – FENF/UERJ
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada “**Autonomia reprodutiva das mulheres e o acesso à informação sobre contracepção na atenção primária no contexto da COVID-19**”. Este estudo tem por objetivo geral analisar a relação da autonomia reprodutiva feminina com a disponibilidade de informações sobre contracepção nos serviços de atenção primária à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 e seus objetivos específicos são: avaliar a autonomia reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços de atenção primária à saúde e verificar a associação entre o nível de autonomia reprodutiva dessas mulheres e a disponibilidade das informações acerca da contracepção durante a pandemia da Covid-19.

Você foi selecionada por ser mulher em idade reprodutiva, ter a idade de 18 anos até 49 anos, ter iniciado a vida sexual, utilizar os serviços de saúde da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e ser moradora do município do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e a equipe de pesquisa tomará todos os cuidados necessários para evitá-los, como a manutenção do sigilo das informações obtidas e o anonimato. Em nenhum momento você será identificada.

Sua participação é fundamental e irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de saúde reprodutiva. Sua participação na pesquisa não é remunerada não implicará em gastos.

Sua participação consistirá em preencher o questionário da pesquisa através de respostas de múltipla escolha acerca do município de residência e uso dos serviços públicos da atenção básica de saúde, do perfil sociodemográfico e da saúde reprodutiva, da disponibilidade de informações sobre contracepção na unidade básica de saúde e através de perguntas para avaliar a autonomia reprodutiva através da Escala de Autonomia Reprodutiva (FERNANDES et al.,2019).A coleta de dados será realizada no período previsto de fevereiro a maio de 2021.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem identificar as participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem o telefone e o endereço institucional da pesquisadora responsável e de sua professora e orientadora, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos: Deise Breder, discente da pós-graduação em Enfermagem Strictu Sensu - UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, deise_breder@hotmail.com.Profª Drª Adriana Lenho, docente da pós-graduação em Enfermagem Strictu Sensu – UERJ, adriana.lenho@uerj.br. Endereço: Boulevard 28 de Setembro, 157, Vila Isabel, Rio de Janeiro-RJ, 2868-8236 – R: 210.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome da participante: _____ Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE D - Tabela da relação entre as variáveis de perfis e os escores do domínio tomada de decisão da escala de autonomia reprodutiva.

Tabela 8 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala tomada de decisão das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | Tomada de Decisão | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|---|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|---------------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Perfil Sociodemográfico | | | | | | | | | | |
| Idade | 31,77 | 8,54 | 14,75 | 18 | 24,25 | 32 | 39 | 49 | 0,032* | -0,11 |
| Área Programática | | | | | | | | | 0,883** | |
| 1 | 2,66 | 0,36 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| 2 | 2,62 | 0,41 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| 3 | 2,68 | 0,33 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| 4 | 2,61 | 0,29 | 0,38 | 2,25 | 2,44 | 2,50 | 2,81 | 3 | | |
| 5 | 2,67 | 0,35 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Cor | | | | | | | | | 0,492** | |
| Parda | 2,63 | 0,38 | 0,50 | 1,25 | 2,5 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Branca | 2,69 | 0,32 | 0,50 | 2 | 2,5 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Preta | 2,7 | 0,32 | 0,50 | 2 | 2,5 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Amarela | 2,45 | 0,51 | 1 | 2 | 2 | 2,3 | 3 | 3 | | |
| Indígena | 2,75 | | 0 | 2,75 | 2,75 | 2,8 | 2,75 | 2,75 | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | 0,246** | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 2,69 | 0,36 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Ensino médio completo ou incompleto | 2,68 | 0,34 | 0,50 | 1,50 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Ensino superior completo ou incompleto | 2,62 | 0,36 | 0,75 | 1,25 | 2,25 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Estado Civil | | | | | | | | | <0,001** | |
| Solteira | 2,73 | 0,31 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Casada/ Unida | 2,56 | 0,38 | 0,75 | 1,25 | 2,25 | 2,50 | 3 | 3 | | |
| Separada/Divorciada ou Viúva | 2,72 | 0,32 | 0,50 | 2,25 | 2,50 | 2,8 | 3 | 3 | | |
| Perfil Reprodutivo | | | | | | | | | | |
| Número de Gravidez | | | | | | | | | 0,463** | |
| Nenhuma | 2,69 | 0,32 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Uma vez | 2,68 | 0,36 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Duas vezes | 2,61 | 0,39 | 0,69 | 1,25 | 2,31 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Três vezes ou mais | 2,65 | 0,34 | 0,50 | 1,50 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Número de Partos | | | | | | | | | 0,237** | |
| Nenhum | 2,67 | 0,33 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Um | 2,70 | 0,35 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Dois | 2,62 | 0,41 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Três ou mais | 2,61 | 0,31 | 0,25 | 2 | 2,50 | 2,75 | 2,75 | 3 | | |
| Gravidez Indesejada | | | | | | | | | 0,935*** | |
| Não | 2,66 | 0,35 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,66 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |

Tabela 8 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala tomada de decisão das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continuação)

| Variáveis | Tomada de Decisão | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Teve Aborto | | | | | | | | | 0,885*** | |
| Não | 2,66 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,66 | 0,37 | 0,50 | 1,50 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Número de Abortos | | | | | | | | | 0,88* | 0,017 |
| Unidade Básica de Saúde | | | | | | | | | 0,401*** | |
| Unidade da Saúde da Família | 2,65 | 0,34 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Centro Municipal ou Posto de Saúde | 2,67 | 0,37 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Usa método contraceptivo | | | | | | | | | 0,435*** | |
| Sim | 2,65 | 0,35 | 0,50 | 1,50 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Não | 2,67 | 0,36 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Métodos Utilizados (n=237) | | | | | | | | | | |
| Pílula | | | | | | | | | 0,787*** | |
| Não | 2,65 | 0,36 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,65 | 0,33 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Tabela | | | | | | | | | 0,317*** | |
| Não | 2,64 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,72 | 0,32 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Camisinha Masculina | | | | | | | | | 0,286*** | |
| Não | 2,68 | 0,31 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,62 | 0,38 | 0,75 | 1,25 | 2,25 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Camisinha Feminina | | | | | | | | | 0,511*** | |
| Não | 2,66 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,59 | 0,37 | 0,69 | 2 | 2,31 | 2,50 | 3 | 3 | | |
| Diafragma | | | | | | | | | 0,106*** | |
| Não | 2,65 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| Injetável | | | | | | | | | 0,191*** | |
| Não | 2,64 | 0,36 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,71 | 0,31 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| DIU | | | | | | | | | 0,792*** | |
| Não | 2,65 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,68 | 0,33 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Pílula do dia seguinte | | | | | | | | | 0,453*** | |
| Não | 2,65 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,70 | 0,35 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Outro método | | | | | | | | | 0,976*** | |
| Não | 2,65 | 0,35 | 0,50 | 1,25 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | |
| Sim | 2,69 | 0,24 | 0,31 | 2,50 | 2,50 | 2,62 | 2,81 | 3 | | |
| Motivos do não uso do método (n=149) | | | | | | | | | | |

Tabela 8 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala tomada de decisão das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Tomada de Decisão | | | | | | | | p-valor | R ⁱ | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|---------|-----------------|--|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | | |
| Quero engravidar | | | | | | | | | | 0,689*** | |
| Não | 2,68 | 0,35 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,62 | 0,42 | 0,50 | 1,50 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Motivos Religiosos | | | | | | | | | | 0,62*** | |
| Não | 2,68 | 0,35 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,54 | 0,56 | 0,44 | 1,50 | 2,50 | 2,62 | 2,94 | 3 | | | |
| Não sabe como evitar | | | | | | | | | | 0,049*** | |
| Não | 2,65 | 0,36 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,80 | 0,35 | 0,25 | 1,50 | 2,75 | 3 | 3 | 3 | | | |
| Não sabe onde buscar informações | | | | | | | | | | 0,46*** | |
| Não | 2,67 | 0,35 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,70 | 0,41 | 0,44 | 1,50 | 2,56 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Estou grávida | | | | | | | | | | 0,058*** | |
| Não | 2,69 | 0,34 | 0,50 | 2 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,44 | 0,48 | 0,56 | 1,50 | 2,25 | 2,50 | 2,81 | 3 | | | |
| Ligadura tubária | | | | | | | | | | 0,043*** | |
| Não | 2,71 | 0,35 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,58 | 0,37 | 0,75 | 1,50 | 2,25 | 2,62 | 3 | 3 | | | |
| Companheiro fez vasectomia | | | | | | | | | | 0,484*** | |
| Não | 2,68 | 0,35 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,58 | 0,45 | 0,25 | 1,50 | 2,50 | 2,75 | 2,75 | 3 | | | |
| Outro motivo | | | | | | | | | | 0,694*** | |
| Não | 2,68 | 0,35 | 0,50 | 1,75 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |
| Sim | 2,66 | 0,37 | 0,50 | 1,50 | 2,50 | 2,75 | 3 | 3 | | | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aM_e = Média; ^bDP = Desvio Padrão; ^cIQ = Intervalo Interquartil; ^dMín.= Mínimo; ^eQ_{1/4}= Primeiro Quartil; ^fM_d = Mediana; ^gQ_{3/4} = Terceiro Quartil; ^hMáx.= Máximo; ⁱCoefficiente de Correlação de Spearman; ** Teste de Kruskal-Wallis; *** Teste de Wilcoxon.

APÊNDICE E - Tabela da relação entre as variáveis de perfis e os escores do domínio ausência de coerção da escala de autonomia reprodutiva.

Tabela 9 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|---|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Perfil Sociodemográfico | | | | | | | | | | |
| Idade | 31,77 | 8,54 | 14,75 | 18 | 24,25 | 32 | 39 | 49 | 0,019* | -0,12 |
| Área Programática | | | | | | | | | 0,039** | |
| 1 | 3,25 | 0,57 | 0,80 | 1 | 3 | 3 | 3,80 | 4 | | |
| 2 | 3,44 | 0,58 | 1 | 1,80 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| 3 | 3,46 | 0,57 | 1 | 1,40 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| 4 | 3,38 | 0,47 | 0,65 | 2,60 | 3 | 3,50 | 3,65 | 4 | | |
| 5 | 3,41 | 0,51 | 1 | 2,20 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Cor | | | | | | | | | 0,199** | |
| Parda | 3,35 | 0,57 | 1 | 1 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Branca | 3,50 | 0,54 | 1 | 1,80 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Preta | 3,39 | 0,57 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Amarela | 3,32 | 0,54 | 0,60 | 2,60 | 3 | 3,40 | 3,60 | 4 | | |
| Indígena | 3 | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | <0,001** | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 3,08 | 0,6 | 0,65 | 1 | 2,80 | 3 | 3,45 | 4 | | |
| Ensino médio completo ou incompleto | 3,29 | 0,53 | 0,80 | 1,40 | 3 | 3 | 3,80 | 4 | | |
| Ensino superior completo ou incompleto | 3,68 | 0,48 | 0,60 | 1,80 | 3,40 | 4 | 4 | 4 | | |
| Estado Civil | | | | | | | | | 0,313** | |
| Solteira | 3,4 | 0,57 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Casada/ Unida | 3,42 | 0,56 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Separada/Divorciada ou Viúva. | 3,22 | 0,53 | 0,60 | 2,20 | 3 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Perfil Reprodutivo | | | | | | | | | | |
| Número de Gravidez | | | | | | | | | <0,001** | |
| Nenhuma | 3,58 | 0,58 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | | |
| Uma vez | 3,35 | 0,51 | 1 | 1,60 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Duas vezes | 3,30 | 0,55 | 0,95 | 2 | 3 | 3,10 | 3,95 | 4 | | |
| Três vezes ou mais | 3,32 | 0,58 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Número de Partos | | | | | | | | | <0,001** | |
| Nenhum | 3,56 | 0,56 | 0,90 | 1 | 3,10 | 3,80 | 4 | 4 | | |
| Um | 3,39 | 0,53 | 1 | 1,60 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Dois | 3,27 | 0,55 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | | |
| Três ou mais | 3,24 | 0,59 | 0,70 | 1,40 | 3 | 3,20 | 3,70 | 4 | | |
| Gravidez Indesejada | | | | | | | | | 0,01*** | |
| Não | 3,46 | 0,54 | 1 | 1 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,29 | 0,60 | 1 | 1,40 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Teve Aborto | | | | | | | | | 0,315*** | |
| Não | 3,38 | 0,58 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |

Tabela 9 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continuação)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Sim | 3,47 | 0,52 | 1 | 2,20 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Número de Abortos | | | | | | | | | 0,66* | -0,049 |
| Unidade Básica de Saúde | | | | | | | | | 0,246*** | |
| Unidade da Saúde da Família | 3,38 | 0,55 | 1 | 1,40 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Centro Municipal ou Posto de Saúde | 3,44 | 0,59 | 1 | 1 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Usa método contraceptivo | | | | | | | | | 0,412*** | |
| Sim | 3,38 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Não | 3,42 | 0,57 | 1 | 1 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Métodos Utilizados (n=237) | | | | | | | | | | |
| Pílula | | | | | | | | | 0,034*** | |
| Não | 3,44 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,31 | 0,56 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | | |
| Tabela | | | | | | | | | 0,003*** | |
| Não | 3,35 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,69 | 0,53 | 0,45 | 2,20 | 3,55 | 4 | 4 | 4 | | |
| Camisinha Masculina | | | | | | | | | 0,13*** | |
| Não | 3,35 | 0,51 | 1 | 2 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,42 | 0,61 | 1 | 1,40 | 3 | 3,50 | 4 | 4 | | |
| Camisinha Feminina | | | | | | | | | 0,067*** | |
| Não | 3,40 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,09 | 0,59 | 0,35 | 2 | 3 | 3 | 3,35 | 4 | | |
| Diafragma | | | | | | | | | 0,893*** | |
| Não | 3,38 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,40 | 0,85 | 0,60 | 2,80 | 3,10 | 3,40 | 3,70 | 4 | | |
| Injetável | | | | | | | | | 0,451*** | |
| Não | 3,40 | 0,57 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,33 | 0,55 | 1 | 2 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| DIU | | | | | | | | | 0,069*** | |
| Não | 3,36 | 0,57 | 1 | 1,40 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,58 | 0,49 | 0,80 | 2,40 | 3,20 | 3,80 | 4 | 4 | | |
| Pílula do dia seguinte | | | | | | | | | 0,569*** | |
| Não | 3,38 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,20 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,46 | 0,57 | 1 | 2,20 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Outro método | | | | | | | | | 0,331*** | |
| Não | 3,38 | 0,56 | 1 | 1,40 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,65 | 0,70 | 0,35 | 2,60 | 3,65 | 4 | 4 | 4 | | |
| Motivos do não uso do método (n=149) | | | | | | | | | | |
| Quero engravidar | | | | | | | | | 0,1*** | |
| Não | 3,39 | 0,59 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,61 | 0,41 | 0,80 | 1 | 3,20 | 3,70 | 4 | 4 | | |

Tabela 9 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala ausência de coerção nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Ausência de Coerção | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Motivos Religiosos | | | | | | | | | 0,564*** | |
| Não | 3,42 | 0,56 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,50 | 0,75 | 0,80 | 2,20 | 3,20 | 3,90 | 4 | 4 | | |
| Não sabe como evitar | | | | | | | | | 0,235*** | |
| Não | 3,40 | 0,59 | 1 | 1 | 3 | 3,50 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,56 | 0,40 | 0,80 | 3 | 3,20 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Não sabe onde buscar informações | | | | | | | | | 0,526*** | |
| Não | 3,41 | 0,56 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,46 | 0,60 | 0,95 | 1,80 | 3,05 | 3,70 | 4 | 4 | | |
| Estou grávida | | | | | | | | | 0,44*** | |
| Não | 3,43 | 0,58 | 1 | 1 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,35 | 0,47 | 0,80 | 2,60 | 3 | 3,20 | 3,80 | 4 | | |
| Ligadura tubária | | | | | | | | | 0,18*** | |
| Não | 3,44 | 0,58 | 1 | 1 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,35 | 0,53 | 1 | 2 | 3 | 3,30 | 4 | 4 | | |
| Companheiro fez vasectomia | | | | | | | | | 0,496*** | |
| Não | 3,41 | 0,58 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,58 | 0,37 | 0,60 | 3 | 3,20 | 3,60 | 3,80 | 4 | | |
| Outro motivo | | | | | | | | | 0,961*** | |
| Não | 3,43 | 0,54 | 1 | 1 | 3 | 3,40 | 4 | 4 | | |
| Sim | 3,40 | 0,62 | 1 | 1,60 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aM_e = Média; ^bDP = Desvio Padrão; ^cIQ = Intervalo Interquartil; ^dMín. = Mínimo; ^eQ_{1/4} = Primeiro Quartil; ^fM_d = Mediana; ^gQ_{3/4} = Terceiro Quartil; ^hMáx. = Máximo; ⁱCoeficiente de Correlação de Spearman; ** = Teste de Kruskal-Wallis; *** = Teste de Wilcoxon.

APÊNDICE F - Tabela da relação entre as variáveis de perfis e os escores do domínio comunicação da escala de autonomia reprodutiva.

Tabela 10 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala comunicação da autonomia reprodutiva nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | Comunicação | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|---|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Perfil Sociodemográfico | | | | | | | | | | |
| Idade | 31,77 | 8,54 | 14,75 | 18 | 24,25 | 32 | 39 | 49 | 0,0042* | -0,15 |
| Área programática | | | | | | | | | 0,007** | |
| 1 | 3 | 0,61 | 0,40 | 1 | 2,80 | 3 | 3,20 | 4 | | |
| 2 | 3,18 | 0,51 | 0,60 | 1,40 | 3 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| 3 | 3,23 | 0,57 | 0,80 | 1,40 | 3 | 3,20 | 3,80 | 4 | | |
| 4 | 3,35 | 0,42 | 0,60 | 2,60 | 3 | 3,30 | 3,60 | 4 | | |
| 5 | 3,19 | 0,59 | 0,90 | 1 | 2,85 | 3 | 3,75 | 4 | | |
| Cor | | | | | | | | | 0,108** | |
| Parda | 3,14 | 0,55 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Branca | 3,31 | 0,54 | 0,80 | 2 | 3 | 3,20 | 3,80 | 4 | | |
| Preta | 3,08 | 0,63 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Amarela | 2,96 | 0,43 | 0,20 | 2,40 | 2,80 | 3 | 3 | 3,60 | | |
| Indígena | 3 | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| Escolaridade | | | | | | | | | <0,001** | |
| Ensino fundamental completo ou incompleto | 2,87 | 0,53 | 0,40 | 1 | 2,60 | 3 | 3 | 4 | | |
| Ensino médio completo ou incompleto | 3,08 | 0,53 | 0,60 | 1,20 | 2,80 | 3 | 3,40 | 4 | | |
| Ensino superior completo ou incompleto | 3,41 | 0,56 | 1 | 1 | 3 | 3,60 | 4 | 4 | | |
| Estado Civil | | | | | | | | | 0,731** | |
| Solteira | 3,15 | 0,59 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Casada/ Unida | 3,19 | 0,57 | 1 | 1,20 | 2,80 | 3 | 3,80 | 4 | | |
| Separada/Divorciada ou Viúva. | 3,14 | 0,40 | 0,20 | 2,60 | 3 | 3 | 3,20 | 4 | | |
| Perfil Reprodutivo | | | | | | | | | | |
| Número de Gravidez | | | | | | | | | <0,001** | |
| Nenhuma | 3,38 | 0,50 | 0,80 | 2 | 3 | 3,40 | 3,80 | 4 | | |
| Uma vez | 3,13 | 0,61 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Duas vezes | 3,02 | 0,57 | 0,40 | 1 | 2,80 | 3 | 3,20 | 4 | | |
| Três vezes ou mais | 3,09 | 0,55 | 0,55 | 1,40 | 2,80 | 3 | 3,35 | 4 | | |
| Número de Partos | | | | | | | | | <0,001** | |
| Nenhum | 3,38 | 0,49 | 0,80 | 2 | 3 | 3,40 | 3,80 | 4 | | |
| Um | 3,13 | 0,59 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Dois | 2,99 | 0,63 | 0,45 | 1 | 2,75 | 3 | 3,20 | 4 | | |
| Três ou mais | 3,03 | 0,48 | 0,40 | 1,60 | 2,80 | 3 | 3,20 | 4 | | |
| Gravidez Indesejada | | | | | | | | | 0,001*** | |
| Não | 3,24 | 0,58 | 0,80 | 1 | 3 | 3 | 3,80 | 4 | | |

Tabela 10 - Relação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo com a subescala comunicação da autonomia reprodutiva nas mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Comunicação | | | | | | | | p-valor | R ⁱ |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|----------------|
| | M _e ^a | DP ^b | IQ ^c | Mín. ^d | Q _{1/4} ^e | M _d ^f | Q _{3/4} ^g | Máx. ^h | | |
| Quero engravidar | | | | | | | | | 0,52 ^{***} | |
| Não | 3,11 | 0,57 | 0,70 | 1 | 2,80 | 3 | 3,50 | 4 | | |
| Sim | 3,15 | 0,67 | 0,90 | 1,40 | 2,85 | 3,20 | 3,75 | 4 | | |
| Motivos Religiosos | | | | | | | | | 0,228 ^{***} | |
| Não | 3,13 | 0,57 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 2,77 | 0,85 | 0,50 | 1,40 | 2,50 | 2,90 | 3 | 4 | | |
| Não sabe como evitar | | | | | | | | | 0,075 ^{***} | |
| Não | 3,14 | 0,57 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 2,92 | 0,66 | 0,60 | 1,40 | 2,60 | 3 | 3,20 | 4 | | |
| Não sabe onde buscar informações | | | | | | | | | 0,101 ^{***} | |
| Não | 3,14 | 0,56 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 2,95 | 0,69 | 0,90 | 1,40 | 2,60 | 2,90 | 3,50 | 4 | | |
| Estou grávida | | | | | | | | | 0,217 ^{***} | |
| Não | 3,13 | 0,58 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 2,88 | 0,60 | 0,45 | 1,40 | 2,75 | 2,90 | 3,20 | 4 | | |
| Ligadura tubária | | | | | | | | | 0,979 ^{***} | |
| Não | 3,11 | 0,61 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 3,11 | 0,52 | 0,40 | 1,40 | 3 | 3 | 3,40 | 4 | | |
| Companheiro fez vasectomia | | | | | | | | | 0,981 ^{***} | |
| Não | 3,12 | 0,57 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 3,07 | 0,83 | 1,20 | 1,40 | 2,60 | 3 | 3,80 | 4 | | |
| Outro motivo | | | | | | | | | 0,885 ^{***} | |
| Não | 3,12 | 0,61 | 0,80 | 1 | 2,80 | 3 | 3,60 | 4 | | |
| Sim | 3,10 | 0,55 | 0,60 | 1,40 | 2,80 | 3 | 3,40 | 4 | | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^aM_e = Média; ^bDP = Desvio Padrão; ^cIQ = Intervalo Interquartil; ^dMín.= Mínimo; ^eQ_{1/4}= Primeiro Quartil; ^fM_d = Mediana; ^gQ_{3/4} = Terceiro Quartil; ^hMáx.= Máximo; ⁱCoefficiente de Correlação de Spearman; ^{**}Teste de Kruskal-Wallis; ^{***}Teste de Wilcoxon.

APÊNDICE G - Correlação entre as subescalas da autonomia reprodutiva pelas variáveis do efeito da pandemia da COVID-19 no acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS).

Tabela 12 - Correlação entre as variáveis da pandemia da COVID-19 e a tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Continua)

| Variáveis | | Tomada de Decisão | | | | |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|---|---|----------------------|
| Pandemia da COVID-19 | f ^a | M _e ^b | DP ^c | IQ(Q _{1/4} – Q _{3/4}) ^d | M _d (Máx.-Mín.) ^e | p-valor ^f |
| Prejudicou o acesso à UBS | | | | | | |
| Sim | 302 | 2,65 | 0,34 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,50-3) | 0,219 |
| Não | 84 | 2,68 | 0,39 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,25-3) | |
| Dificultou o acesso ao Planejamento Familiar/Contraceptivo | | | | | | |
| Sim | 236 | 2,66 | 0,35 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,50-3) | 0,819 |
| Não | 150 | 2,65 | 0,36 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,25-3) | |
| Dificultou a aquisição dos métodos ofertados | | | | | | |
| Sim | 182 | 2,67 | 0,35 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,50-3) | 0,609 |
| Não | 204 | 2,65 | 0,36 | 0,50(2,50-3) | 2,75(1,25-3) | |

| Variáveis | | Ausência de Coerção | | | | |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|---|---|----------------------|
| Pandemia da COVID-19 | f ^a | M _e ^b | DP ^c | IQ(Q _{1/4} – Q _{3/4}) ^d | M _d (Máx.-Mín.) ^e | p-valor ^f |
| Prejudicou o acesso à UBS | | | | | | |
| Sim | 302 | 3,43 | 0,57 | 1(3-4) | 3,60(1-4) | 0,028 |
| Não | 84 | 3,30 | 0,53 | 1(3-4) | 3(2-4) | |
| Dificultou o acesso ao Planejamento Familiar/Contraceptivo | | | | | | |
| Sim | 236 | 3,41 | 0,59 | 1(3-4) | 3,40(1-4) | 0,324 |
| Não | 150 | 3,38 | 0,53 | 1(3,4) | 3,20(2-4) | |
| Dificultou a aquisição dos métodos ofertados | | | | | | |
| Sim | 182 | 3,42 | 0,60 | 1(3-4) | 3,60(1-4) | 0,201 |
| Não | 204 | 3,38 | 0,53 | 1(3-4) | 3,20(1-4) | |

Tabela 12 - Correlação entre as variáveis da pandemia da COVID-19 e a tomada de decisão, ausência de coerção e comunicação da autonomia reprodutiva das mulheres residentes no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n=386). (Conclusão)

| Variáveis | Comunicação | | | | | p-valor ^f |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|---|---|----------------------|
| | f ^a | M _e ^b | DP ^c | IQ(Q _{1/4} - Q _{3/4}) ^d | M _d (Mín.-Máx.) ^e | |
| Pandemia da COVID-19 | | | | | | |
| Prejudicou o acesso à UBS | | | | | | 0,113 |
| Sim | 302 | 3,18 | 0,60 | 1(2,80-3,80) | 3(1-4) | |
| Não | 84 | 3,11 | 0,48 | 0,60(2,80-3,40) | 3(2-4) | |
| Dificultou o acesso ao Planejamento Familiar/Contraceptivo | | | | | | 0,915 |
| Sim | 236 | 3,15 | 0,62 | 0,80(2,80-3,60) | 3(1-4) | |
| Não | 150 | 3,19 | 0,50 | 0,80(2,80-3,60) | 3(2-4) | |
| Dificultou a aquisição dos métodos ofertados | | | | | | 0,949 |
| Sim | 182 | 3,16 | 0,61 | 0,95(2,80-3,75) | 3(1-4) | |
| Não | 204 | 3,17 | 0,54 | 0,80(2,80-3,60) | 3(1-4) | |

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: ^af = frequência; ^bM_e = Média; ^cDP = Desvio Padrão; ^dIQ = Intervalo Interquartil (Q_{1/4}= Primeiro Quartil - Q_{3/4} = Terceiro Quartil); ^eM_d= Mediana (Mín.= Mínimo - Máx.=Máximo); ^fTeste de Wilcoxon.

APÊNDICE H - Modelos de regressão linear para a autonomia reprodutiva

Tabela 14 - Regressão Linear dos escores da autonomia reprodutiva segundo a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, e variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo, com significância estatística de 5%. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n= 386). (Continua)

| Variáveis | Tomada de Decisão | | | | Ausência de Coerção | | | | Comunicação | | | |
|--|-------------------|-------------|----------|---------|---------------------|-------------|----------|---------|-------------|-------------|----------|---------|
| | Estimativa | Erro Padrão | Valor t | p-valor | Estimativa | Erro Padrão | Valor t | p-valor | Estimativa | Erro Padrão | Valor t | p-valor |
| (Intercepto) | 2.82182 | 0.56675 | 4.97899 | 0.00001 | 2.96795 | 0.86783 | 3.41996 | 0.00119 | 3.35416 | 0.80282 | 4.17799 | 0.00011 |
| Contracepção/ Contraceptivo | 0.48434 | 0.16956 | 2.85643 | 0.00603 | 0.68406 | 0.25964 | 2.63464 | 0.01092 | 0.39813 | 0.24019 | 1,65757 | 0.10310 |
| Planejamento Familiar | -0.80982 | 0.21009 | -3.85461 | 0.00031 | -0.43206 | 0.32170 | -1.34303 | 0.18478 | -0.18301 | 0.29760 | -0.61495 | 0.54113 |
| AP | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0.02858 | 0.12029 | 0.23757 | 0.81310 | 0.14483 | 0.18420 | 0.78625 | 0.43510 | -0.14651 | 0.17040 | -0.85980 | 0.39363 |
| 3 | 0.22248 | 0.11376 | 1.95572 | 0.05559 | 0.24180 | 0.17419 | 1.38808 | 0.17071 | 0.35962 | 0.16114 | 2.23168 | 0.02973 |
| 4 | -0.12128 | 0.16307 | -0.74369 | 0.46023 | -0.19025 | 0.24971 | -0.76190 | 0.44937 | 0.18947 | 0.23100 | 0,82022 | 0.41563 |
| 5 | -0.15608 | 0.17536 | -0.89004 | 0.37732 | 0.03146 | 0.26852 | 0.11717 | 0.90715 | 0.29625 | 0.24840 | 1.19263 | 0.23813 |
| Idade | -0.00584 | 0.00640 | -0.91261 | 0.36543 | -0.00954 | 0.00980 | -0.97304 | 0.33479 | -0.03117 | 0.00907 | -3.43849 | 0.00112 |
| Cor | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 0.18343 | 0.21733 | 0.84402 | 0.40231 | 0.26302 | 0.33279 | 0.79036 | 0.43271 | 0.29080 | 0.30786 | 0,94458 | 0.34900 |
| Parda | -0.05945 | 0.20235 | -0.29377 | 0.77004 | 0.06954 | 0.30985 | 0.22443 | 0.82325 | 0.14468 | 0.28664 | 0.50474 | 0.61576 |
| Preta | -0.01367 | 0.21867 | -0.06251 | 0.95038 | 0.14525 | 0.33484 | 0.43379 | 0.66614 | 0.04946 | 0.30975 | 0.15967 | 0.87373 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | |
| Ensino médio completo ou incompleto | 0.13064 | 0.12087 | 1.08085 | 0.28448 | 0.16592 | 0.18508 | 0.89647 | 0.37391 | -0.31196 | 0.17122 | -1.82199 | 0.07390 |
| Ensino superior completo ou Incompleto | 0.16681 | 0.12591 | 1.32487 | 0.19069 | 0.25327 | 0.19279 | 1.31371 | 0.19440 | 0.34756 | 0.17835 | 1.94879 | 0.05643 |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | | |
| Separada/ Divorciada ou Viúva | 0.45615 | 0.15029 | 3.03519 | 0.00367 | -0.22059 | 0.23013 | -0.95858 | 0.34196 | -0.11537 | 0.21289 | -0.54191 | 0.59007 |
| Solteira | 0.20409 | 0.09890 | 2.06363 | 0.04378 | -0.36442 | 0.15144 | -2.40631 | 0.01950 | -0.24899 | 0.14010 | -1.77727 | 0.08105 |

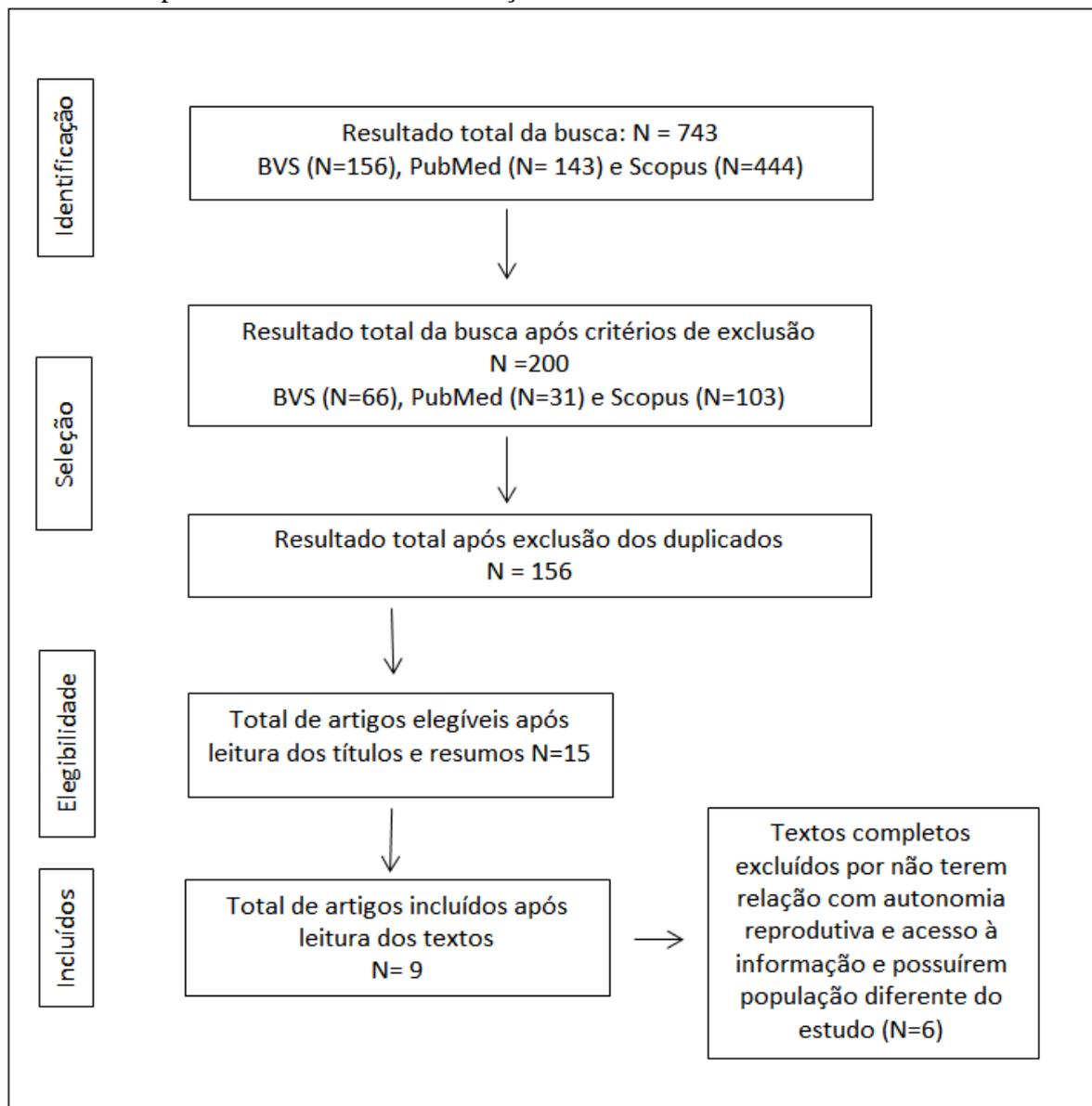
Tabela 14 - Regressão Linear dos escores da autonomia reprodutiva segundo a disponibilidade de informações sobre contracepção e planejamento reprodutivo, e variáveis sociodemográficas e do perfil reprodutivo, com significância estatística de 5%. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021 (n= 386). (Conclusão)

| Variáveis | Tomada de Decisão | | | | Ausência de Coerção | | | | Comunicação | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|----------|---------|---------------------|-------------|----------|---------|-------------|-------------|----------|---------|
| | Estimativa | Erro Padrão | Valor t | p-valor | Estimativa | Erro Padrão | Valor t | p-valor | Estimativa | Erro Padrão | Valor t | p-valor |
| Número de Gravidez | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | -1.27927 | 0.64068 | -1.99674 | 0.05081 | 1.01367 | 0.98104 | 1.03325 | 0.30601 | 0.81950 | 0.90755 | 0.90298 | 0.37047 |
| Uma vez | -0.47682 | 0.18181 | 1.36531 | 0.23195 | -0.17573 | 0.27840 | -0.29092 | 0.77221 | 0.83761 | 0.55881 | 1.49891 | 0.13961 |
| Três ou mais | 0.24823 | 0.39449 | -1.20870 | 0.17771 | 0.37454 | 0.60406 | 1.34535 | 0.18403 | 0.42361 | 0.25754 | 1.64484 | 0.10571 |
| Número de Partos | | | | | | | | | | | | |
| Nenhum | 0.36758 | 0.40086 | 0.91698 | 0.36316 | 0.52404 | 0.61382 | 0.85375 | 0.39695 | -0.06057 | 0.56783 | -0.10666 | 0.91544 |
| Um | 0.07433 | 0.11352 | -1.56814 | 0.66519 | 0.31667 | 0.26158 | 1.21061 | 0.23122 | 0.31585 | 0.24198 | 1.30526 | 0.19724 |
| Três ou mais | -0.17802 | 0.17083 | 0.43511 | 0.12258 | -0.02901 | 0.17383 | -0.16686 | 0.86809 | -0.00625 | 0.16081 | -0.03888 | 0.96913 |
| Gravidez Indesejada | -0.01543 | 0.08823 | -0.17383 | 0.86264 | -0.31757 | 0.13511 | -2.35052 | 0.02236 | -0.21818 | 0.12498 | 0.08645 | 0.08645 |
| Teve Aborto | -0.43012 | 0.36817 | -1.16827 | 0.24774 | 0.41434 | 0.56376 | 0.73496 | 0.46549 | 0.05675 | 0.52152 | 0.91375 | 0.91375 |
| Número de Abortos | 0.03661 | 0.05559 | 0.65856 | 0.51293 | -0.05364 | 0.08512 | -0.63017 | 0.53119 | 0.12053 | 0.07874 | 0.13158 | 0.13158 |
| Unidade da Saúde da Família | -0.06427 | 0.08918 | -0.72065 | 0.47418 | -0.06585 | 0.13656 | -0.48217 | 0.63160 | 0.15400 | 0.12633 | 0.22804 | 0.22804 |
| Usa Contraceptivo | 0.07496 | 0.07988 | 0.93838 | 0.35215 | -0.30681 | 0.12232 | -2.50836 | 0.01511 | 0.06357 | 0.11315 | 0.57655 | 0.57655 |

Fonte: A autora, 2021.

APÊNDICE I - Fluxograma do processo de busca na BVS, PubMed e Scopus de artigos sobre autonomia reprodutiva e acesso à informação.

Figura 5 - Fluxograma do processo de busca na BVS, PubMed e Scopus de artigos sobre autonomia reprodutiva e acesso à informação.



Fonte: Dados da busca (2020).

ANEXO A - *Reproductive Autonomy Scale* adaptada para o português brasileiro.

| ESCALA DE AUTONOMIA REPRODUTIVA | |
|--|--|
| <p>- As próximas questões são sobre você e seu principal parceiro, ou o parceiro sexual mais recente. - As questões perguntam sobre quem tem a palavra final em diferentes tipos de decisões. - Se você tem mais de um parceiro, pense no seu parceiro principal. Se você não tem um parceiro, pense em um parceiro anterior. Se você não tem como fazer nenhuma das seguintes decisões, por favor, pense em quem teria mais a dizer na decisão.</p> | |
| <p>Para estas questões, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas: <input type="checkbox"/> Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogra) <input type="checkbox"/> Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogra) igualmente <input type="checkbox"/> Eu</p> | |
| <p>Tomada de decisão</p> | |
| <p>1. Quem decide sobre você usar um método para evitar a gravidez? <input type="checkbox"/> Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogra) <input type="checkbox"/> Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogra) igualmente <input type="checkbox"/> Eu</p> | |
| <p>2. Quem decide sobre qual método você usaria para evitar a gravidez? <input type="checkbox"/> Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogra) <input type="checkbox"/> Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogra) igualmente <input type="checkbox"/> Eu</p> | |
| <p>3. Quem decide sobre quando ter um bebê em sua vida? <input type="checkbox"/> Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogra) <input type="checkbox"/> Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogra) igualmente <input type="checkbox"/> Eu</p> | |
| <p>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? <input type="checkbox"/> Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogra) <input type="checkbox"/> Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogra) igualmente <input type="checkbox"/> Eu</p> | |
| <p>As próximas questões são sobre você e seu principal ou mais recente parceiro sexual. Para estas questões, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas: <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>Ausência de coerção</p> | |
| <p>5. Seu parceiro te impediu de usar um método para evitar a gravidez quando você queria usar um. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>6. Seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de um método para evitar a gravidez quando você queria usar um. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>7. Seu parceiro te fez usar algum método para evitar a gravidez quando você não queria utilizar um. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>8. Seu parceiro te impediria de usar um método para evitar a gravidez se você quisesse usar um. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>9. Seu parceiro te pressionou para engravidar. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>Comunicação</p> | |
| <p>10. Seu parceiro te apoiaria se você quisesse usar um método para evitar a gravidez. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>11. É fácil falar sobre sexo com seu parceiro. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>12. Se você não quisesse ter relação sexual você poderia dizer para seu parceiro. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>13. Se você estivesse na dúvida em estar grávida ou não estar grávida, você poderia conversar com seu parceiro sobre isso. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |
| <p>14. Se você realmente não quisesse ficar grávida você poderia convencer seu parceiro a não ter filho. <input type="checkbox"/> Eu discordo muito <input type="checkbox"/> Eu discordo <input type="checkbox"/> Eu concordo <input type="checkbox"/> Eu concordo muito</p> | |

Fonte: Fernandes et al., 2019.

ANEXO B - Parecer consubstanciado da COEP-UERJ.

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autonomia reprodutiva das mulheres e o acesso à informação sobre contracepção na atenção primária no contexto da COVID-19

Pesquisador: Deise Breder dos Santos Batista

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40782120.5.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.457.907

Apresentação do Projeto:

O estudo da autonomia reprodutiva busca evidenciar como as mulheres percebem sua autonomia reprodutiva e a relação com a assistência à saúde reprodutiva na atenção primária à saúde. Tal tema de pesquisa pode adquirir maior relevância em face do atual contexto pandêmico da COVID-19 e suas possíveis repercussões no sistema de saúde. Este estudo tem por objetivo geral analisar a relação da autonomia reprodutiva feminina com a disponibilidade de informações sobre contracepção nos serviços de atenção primária à saúde no contexto da pandemia da Covid-19. Os objetivos específicos são: avaliar a autonomia reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços de atenção primária à saúde, e, verificar a associação entre o nível de autonomia reprodutiva dessas mulheres e a disponibilidade das informações acerca da contracepção durante a pandemia da Covid-19.

Método: este estudo terá um delineamento transversal e abordagem quantitativa. Será realizado no município do estado do Rio de Janeiro com uma população constituída por mulheres em idade adulta. A amostra será composta por 461 mulheres. Este resultado foi obtido através do cálculo amostral, obtendo-se uma amostra de 384 mulheres, com nível de confiança de 95%, limite de confiança de 5% e frequência esperada de 50%. O cálculo foi realizado utilizando o aplicativo Epi Info (CDC), versão 1.4.3 e aumentado em 20% do seu total como forma de prevenir eventuais perdas.

A estratégia de seleção utilizada será de amostragem aleatória simples com reposição. Serão

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.457.907

critérios de inclusão: mulheres em idade reprodutiva maiores de 18 anos até 49 anos, usuárias do serviço de atenção primária do SUS e moradoras do município do Rio de Janeiro. Serão critérios de exclusão: mulheres com idade de 15 a 17 anos, que não iniciaram a vida sexual e utilizam recursos próprios ou serviços vinculados aos planos de saúde para assistência ao seu planejamento reprodutivo. Será utilizado um questionário para a coleta de dados, via Google Forms, autoaplicável, que se constituirá de cinco partes: elegibilidade da participante, caracterização sociodemográfica, caracterização de saúde reprodutiva, acesso a informações sobre contracepção, e, uso do questionário validado para mulheres brasileiras denominado "Reproductive Autonomy Scale adaptada para o português brasileiro", cujas respostas terão como base a Escala do tipo Likert. Os dados serão coletados através da técnica e-survey.

Para análise dos dados pretende-se utilizar a estatística descritiva e inferencial. Nessa análise serão aplicados os testes Qui-Quadrado (X²), o teste T de Student e a regressão linear múltipla, podendo ser utilizados outros testes ao longo do processo de análise e acessoria estatística. Os resultados serão apresentados através de gráficos e tabelas. O presente estudo respeitará os princípios éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares.

A coleta será realizada por meio de um questionário virtual, sendo que o consentimento será dado previamente à coleta, como a primeira etapa de participação do estudo. Caso não haja o alcance do número pretendido, a pesquisa informa que fará busca em locais públicos, exemplo de praças, parques, áreas externas aos museus, através de uma abordagem simples e aleatória. Nesse caso, o questionário poderá se converter em formulário aplicado pela própria pesquisadora através do uso de aparelho tipo Tablete ou em questionário autoaplicável, impresso em papel tipo A4.

Todas as participantes receberão as informações necessárias referentes ao estudo para externar a sua concordância ou não de participar voluntariamente na pesquisa. O presente estudo respeitará os princípios éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares. A captação das participantes para o preenchimento do questionário, via Google Forms (contendo a Escala de Autonomia Reprodutiva), acontecerá através da internet, em redes sociais ou grupos do aplicativo WhatsApp para divulgação da pesquisa e conhecimento público em geral.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão deste estudo são: mulheres em idade reprodutiva, de 18 anos até 49 anos, usuárias de saúde da atenção primária e residentes no município do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.457.907

Critério de Exclusão:

As excluídas serão as mulheres com idade de 15 a 17 anos, que não iniciaram a vida sexual e utilizam serviços vinculados aos planos de saúde ou recursos próprios para a assistência ao seu planejamento reprodutivo. Optou-se pela exclusão das adolescentes por constituírem grupo etário com limitações legais na tomada de decisão de forma autônoma e dependerem da anuência de seus responsáveis legais quanto ao seu cuidado à saúde reprodutiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação da autonomia reprodutiva feminina com a disponibilidade de informações sobre contracepção nos serviços de atenção primária à saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

Objetivo Secundário:

Avaliar a autonomia reprodutiva das mulheres usuárias dos serviços de atenção primária à saúde; Verificar a associação entre o nível de autonomia reprodutiva dessas mulheres e a disponibilidade das informações acerca da contracepção durante a pandemia da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e a equipe de pesquisa tomará todos os cuidados necessários para evitá-los, como a manutenção do sigilo das informações obtidas e o anonimato. Em nenhum momento você será identificada.

Benefícios:

Sua participação é fundamental e irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área de saúde reprodutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta relevância pela sua temática e pela possibilidade de qualificar a assistência prestada às usuárias do serviço público de saúde e, em especial, no contexto da saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TAI – Não apresentado, pois a pesquisa não está vinculada à nenhuma instituição de saúde.

Folha de rosto – Legível. Datada e assinada pela diretora da faculdade de enfermagem UERJ.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.457.907

TCLE – Adequado, em forma de convite, apresenta os objetivos do estudo, os riscos e a forma como a pesquisa será realizada. Informa também como a seleção dos participantes será feita. Apresenta os contatos da pesquisadora e da COEP/UERJ.

ICD – Apresenta a “Reproductive Autonomy Scale”, adaptada para o português brasileiro.

Cronograma – Adequado. Coleta de dados prevista para o período de 01/02/2021 à 31/05/2021

Orçamento – Apresentado. Informa que os custos previstos (R\$ 572 reais), serão financiados pela própria pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675540.pdf | 04/12/2020 15:11:12 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_dissertacao.docx | 04/12/2020 14:19:02 | Deise Breder dos Santos Batista | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 04/12/2020 14:15:18 | Deise Breder dos Santos Batista | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 03/12/2020 16:56:50 | Deise Breder dos Santos Batista | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.docx | 03/12/2020 16:56:19 | Deise Breder dos Santos Batista | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 03/12/2020 16:55:31 | Deise Breder dos Santos Batista | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.457.907

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Dezembro de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))