



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES

**AUTONOMIA REPRODUTIVA INTERGERACIONAL EM MULHERES
QUILOMBOLAS**

Salvador
2021

GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES

**AUTONOMIA REPRODUTIVA INTERGERACIONAL EM MULHERES
QUILOMBOLAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na Linha de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Orientadora: Prof.^a Dra Silvia Lúcia Ferreira

Salvador
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M357 Marques, Gabriela Cardoso Moreira
Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres
quilombolas / Gabriela Cardoso Moreira Marques. --
Salvador, 2021.
227 f. : il

Orientadora: Silvia Lúcia Ferreira.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia,
Escola de Enfermagem, 2021.

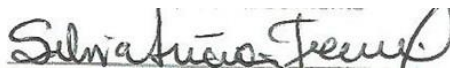
1. Gênero. 2. Mulheres. 3. Grupos étnicos. 4.
Saúde sexual e reprodutiva. 5. Autonomia. I.
Ferreira, Silvia Lúcia. II. Título.

CDU: 616-083

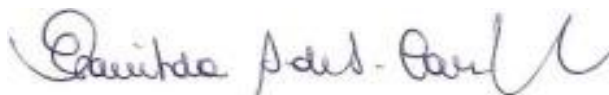
GABRIELA CARDOSO MOREIRA MARQUES**AUTONOMIA REPRODUTIVA INTERGERACIONAL EM MULHERES
QUILOMBOLAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na Linha de Pesquisa: Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA**Silvia Lúcia Ferreira**

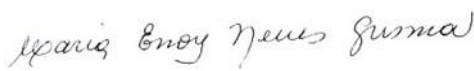
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Evanilda Souza de Santana Carvalho

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Miriam Santos Paiva

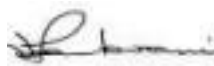
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Maria Enoy Neves Gusmão

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Emanuelle Freitas Goes

Doutora em Saúde Pública ISC/UFBA.

Maria de Fátima Mantovani

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese às mulheres quilombolas por aceitarem participar desta pesquisa dividindo suas histórias e vivências reprodutivas.

AGRADECIMENTOS

A caminhada desta trajetória acadêmica do doutoramento foi um período longo, marcado por amizades, medos, alegrias, angústias, crescimento, aprendizado, evolução, dever cumprido e gratidão. Gratidão define bem esse momento, pois em minha trajetória tive pessoas especiais que caminharam junto comigo e aqui deixo registrado meus agradecimentos.

À **Deus**, sempre presente em todos os momentos da minha vida, por me mostrar que sempre há um caminho a seguir em frente buscando a realização dos meus sonhos, minha fortaleza diária, obrigada por me conceder saúde, força e me sustentar diante das dificuldades.

À minha **Família**, pois acolheram-me, depositaram confiança e tiveram paciência em todos os momentos desta caminhada. Ao meu esposo **Rogério Marques**, o maior incentivador para a realização deste Doutorado. Meu companheiro, amigo, parceiro de vida, meu porto seguro, minha calma nos momentos de turbulência, sou grata a você por sempre acreditar em mim e fazer com que os meus dias sejam leves e agradáveis. Minha admiração pelo exemplo de ser humano que você é. À minha filha **Maria Júlia** e ao meu filho **Davi**, fontes inesgotáveis para minha inspiração e coragem. Agradeço por entender minhas ausências e sempre estarem ao meu lado, agradeço também pelo amor, amizade, incentivo e compreensão de todos os momentos que permitiram mais esta conquista. Amo vocês.

Agradeço a minha mãe, **Ana Maria**, por sempre apoiar e acreditar nas minhas escolhas e não medir esforços para me ver feliz e realizada. Ao meu pai, **Arisilvio**, (in memoriam), que partiu muito cedo, mas me ensinou coisas que só o exemplo ensina.

À minha orientadora, professora Dra. **Silvia Lúcia Ferreira**, pela dedicação, atenção, ensinamentos e construção deste trabalho com sugestões, contribuições e correções. Obrigada pela confiança depositada em mim em todo o percurso do Doutorado.

Às componentes da Banca Examinadora da defesa da tese, integrada pelas professoras Dra. **Evanilda Souza de Santana Carvalho**, Dra. **Miriam Santos Paiva**, Dra. **Maria Enoy Neves Gusmão**, Dra. **Emanuelle Freitas Goes**, Dra. **Maria de Fátima Mantovani** por terem aceitado o convite para contribuir com minha pesquisa.

À Professora Dra. **Larissa Chaves Pedreira**, pelo exemplo de dedicação, seriedade, compromisso e disponibilidade na Coordenação do programa, sempre disposta a agregar mudanças necessárias ao crescimento do grupo. À professora Dra. **Nadirlene Pereira Gomes** pela dedicação e empenho na condição de Vice-Coordenadora do programa, meu muito obrigada.

Ao **corpo docente** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela atenção e apoio nesta caminhada. Ao **corpo técnico** administrativo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Ao Grupo de pesquisa **GEM**, pelas trocas de conhecimento, auxílio, companheirismo e pelo enriquecimento pessoal e profissional em minha formação.

Meus agradecimentos se estendem aos anjos que encontrei nessa caminhada. Eles foram muito importantes para a realização da minha pesquisa, pois me permitiram aproximar de suas comunidades. Sou grata a **Maria Aparecida** (Cida), essa mulher quilombola que possibilitou a minha entrada a campo ao me apresentar pessoas de cada comunidade estudada a quem hoje tenho admiração e respeito. Obrigada a **Cida, Jamile, Gisele, Gilmara, Daiane, Domingos, Carla e Roberta** vocês foram muito importantes para mim.

À **turma do doutorado 2017.1**, pela aprendizagem, parceria e apoio, por enfrentarmos os desafios de um Doutorado. Em especial **Letícia Cabral** e **Carle Porcino**, amigas maravilhosas que ganhei do doutorado e que estiveram sempre dispostas a me ajudar. À **Arianna Lopes**, colega e companheira das idas e vindas a Salvador, sou grata pelo incentivo na caminhada.

Agradeço a minha grande amiga **Tatiana Soares** que sempre esteve comigo nos principais momentos da minha vida inclusive nessa trajetória do doutorado dividindo as angústias, meu muito obrigada. Agradeço também a **Cláudia Franco** pelas vibrações e apoio.

Aos **demais familiares** e **aos/às amigos/as** que se preocuparam, torceram e vibraram para a conclusão do Doutorado, meu muito obrigada.

Agradeço as **mulheres quilombolas participantes** do estudo, e que compartilharam suas histórias reprodutivas. Meu eterno agradecimento, pelo respeito e confiança que depositaram neste estudo.

A **Universidade do Estado da Bahia**, Departamento de Educação Campus XII – Guanambi em especial ao colegiado e o corpo docente em Enfermagem.

Meus agradecimentos ao professor **Altemar Amaral Rocha** pela sua competência profissional para a construção dos mapas de zoneamento das comunidades quilombolas.

Enfim, sozinha não seria capaz: a todos(as) meu muito obrigada! Gratidão!

Ser negro sem ser somente negro, ser mulher sem ser somente mulher, ser mulher negra sem ser somente mulher negra. Alcançar a igualdade de direitos é converter-se em um ser humano pleno e cheio de possibilidades e oportunidades para além de sua condição de raça e de gênero. Esse é o sentido final dessa luta.
(CARNEIRO, 2011, p, 05)

RESUMO

MARQUES, Gabriela Cardoso Moreira Marques. **Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas**. 2021. 227f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

A autonomia reprodutiva é definida como o poder que cada mulher tem para decidir e controlar questões associadas ao seu corpo, no que concerne ao uso de contraceptivos, a gravidez e à maternidade. As práticas sexuais e reprodutivas são imbricadas por questões socioeconômicas, culturais, assimetrias de gênero por raça/etnia e por padrões patriarcais, diversificando pelas crenças e conhecimentos vividos em época e contextos históricos diferentes. Esta pesquisa teve como objetivos analisar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes na transmissão intergeracional entre mães e filhas; analisar às práticas reprodutivas de mulheres quilombolas e fatores intervenientes em diferentes gerações; verificar a associação entre a autonomia reprodutiva e características sociodemográficas, sexual e reprodutiva em mulheres quilombolas e verificar associação entre o perfil de saúde sexual e reprodutiva e as características sociodemográficas em mulheres quilombolas. Trata-se de estudo analítico do tipo transversal. A pesquisa foi desenvolvida em comunidades quilombolas em município do sudoeste baiano com 160 mulheres (80 mães e 80 filhas) em idade reprodutiva de 18 a 49 anos. Optou-se por um estudo de amostragem estratificada. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizou-se dois instrumentos: questionário semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde adaptado para o estudo e a Escala de Autonomia Reprodutiva. A análise dos dados foi realizada por procedimentos da estatística descritiva para expressar os resultados como frequências, medidas de tendência central, dispersão e valores mínimos e máximos. Com o intuito de avaliar a transmissão intergeracional da autonomia reprodutiva e das características sexuais e reprodutivas, cada filha foi pareada a sua mãe. Para comparação das características sociodemográficas, utilizou-se os testes qui-quadrado para as variáveis qualitativas, e o teste Mann-Whitney, para as variáveis quantitativas. Foram respeitados os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados evidenciaram que a vida das mulheres quilombolas é marcada por dificuldade de informações e de acesso aos serviços de saúde o que implica em limitações de práticas e planejamento reprodutivo. O grupo das mães apresentou maior frequência de mulheres casadas ou com companheiro (66,2%), que trabalhavam atualmente (51,2%) maior renda (mediana = 358 reais) e maior frequência de realização de exame citopatológico de colo uterino (72,5%). Por outro lado, as filhas apresentaram mais anos de estudo (10,5 anos), maior frequência de participação em grupo de planejamento familiar (37,2%) e uso de método contraceptivo (80,5%). As mulheres quilombolas apresentaram elevada autonomia reprodutiva, principalmente nos domínios tomada de decisão (2,33) e ausência de coerção (3,40), sendo que mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia reprodutiva geral (3,07), comparadas as mulheres casadas ou com companheiros (2,93). A transmissão intergeracional entre mães e filhas quilombolas, foi identificada sobretudo nos domínios ausência de coerção e comunicação. Os resultados oferecem elementos para a construção de estratégias para melhoria da qualidade de vida e da saúde sexual e reprodutiva garantidos quando as políticas públicas garantirem liberdades individuais considerando as dimensões sociais que essas mulheres quilombolas estão inseridas de modo a reconhecê-las pelas singularidades.

Palavras-chave: Gênero. Mulheres. Grupos Étnicos. Saúde Sexual e Reprodutiva. Autonomia.

ABSTRACT

MARQUES, Gabriela Cardoso Moreira Marques. **Intergenerational reproductive autonomy in quilombola women**. 2021. 227f. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – Posgraduate Program in Nursing. Scholl of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

Reproductive autonomy is defined as the power that each woman has to decide and control issues associated with her body, regarding the use of contraceptives, pregnancy and motherhood. Sexual and reproductive practices are interlaced by socioeconomic and cultural matters, gender asymmetries by race / ethnicity and patriarchal patterns, diversifying by beliefs and knowledge lived in different times and historical contexts. This research aimed to analyze the reproductive autonomy in quilombola women and the factors that interfere in the intergenerational transmission between mothers and daughters; to analyze the reproductive practices of quilombola women and factors that interfere in different generations; to verify the association between reproductive autonomy and sociodemographic, sexual and reproductive characteristics in quilombola women and to verify the association between sexual and reproductive health profile and sociodemographic characteristics in quilombola women. This is an analytical cross-sectional study. The research was carried out in quilombola communities in a municipality in the southwest of Bahia with 160 women (80 mothers and 80 daughters) of reproductive age from 18 to 49 years. We opted for a stratified sampling study. Data were collected through interviews, using two instruments: a semi-structured questionnaire from the National Health Survey adapted for the study and the Reproductive Autonomy Scale. Data analysis was performed using descriptive statistics procedures to express results such as frequencies, measures of central tendency, dispersion and minimum and maximum values. In order to assess the intergenerational transmission of reproductive autonomy and sexual and reproductive characteristics, each daughter was paired with her mother. To compare sociodemographic characteristics, the chi-square test was used for qualitative variables and the Mann-Whitney test for quantitative variables. The ethical aspects set out in Resolution 466/2012 of the National Health Council were respected. The results showed that the lives of quilombola women are marked by difficulties in information and access to health services, which implies limitations in reproductive planning and practices. The group of mothers had a higher frequency of women who were married or with a partner (66.2%), who were currently working (51.2%), higher income (median = R \$ 358) and higher frequency of cytopathological examination of the uterine cervix (72, 5%). On the other hand, the daughters had more years of study (10.5 years), more frequent participation in a family planning group (37.2%) and use of contraceptive method (80.5%). Quilombola women showed high reproductive autonomy, especially in the decision-making domains (2.33) and lack of coercion (3.40), with single or unmarried women having greater general reproductive autonomy (3.07), compared to women married or with companions (2.93). Intergenerational transmission between quilombola mothers and daughters was identified mainly in the areas of lack of coercion and communication. The results offer elements for the construction of strategies to improve the quality of life and sexual and reproductive health guaranteed when public policies guarantee individual freedoms considering the social dimensions that these quilombola women are inserted in order to recognize them by their singularities.

Keywords: Gender. Women. Ethnic groups. Sexual and Reproductive Health. Autonomy.

RESUMEN

MARQUES, Gabriela Cardoso Moreira Marques. **Autonomía reproductiva intergeneracional en mujeres quilombolas.** 2021. 227f. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Programa de Posgrado en Enfermería. Escuela de Enfermeira, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2021.

La autonomía reproductiva se define como el poder que cada mujer tiene para decidir y controlar cuestiones asociadas a su cuerpo, en lo que concierne al uso de anticonceptivos, el embarazo y la maternidad. Las prácticas sexuales y reproductivas están imbricadas por cuestiones socioeconómicas, culturales, asimetrías de género por raza/etnia y por patrones patriarcales, diversificando por las creencias y conocimientos vividos en época y contextos históricos diferentes. Esta investigación tuvo como objetivos analizar la autonomía reproductiva en mujeres quilombolas y los factores que intervienen en la transmisión intergeneracional entre madres e hijas; analizar a las prácticas reproductivas de mujeres quilombolas y factores que intervienen en diferentes generaciones; verificar la asociación entre la autonomía reproductiva y características sociodemográficas, sexual y reproductiva en mujeres quilombolas y verificar la asociación entre el perfil de salud sexual y reproductiva y las características sociodemográficas en mujeres quilombolas. Se trata de un estudio analítico del tipo transversal. La investigación fue desarrollada en comunidades quilombolas en municipio del suroeste baiano con 160 mujeres (80 madres y 80 hijas) en edad reproductiva de 18 a 49 años. Se optó por un estudio de muestreo estratificado. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas, se utilizaron dos instrumentos: cuestionario semiestructurado de la Investigación Nacional de Salud adaptado para el estudio y la Escala de Autonomía Reproductiva. El análisis de los datos fue realizado por procedimientos de la estadística descriptiva para expresar los resultados como frecuencias, medidas de tendencia central, dispersión y valores mínimos y máximos. Con el fin de evaluar la transmisión intergeneracional de la autonomía reproductiva y de las características sexuales y reproductivas, cada hija fue pareada a su madre. Para la comparación de las características sociodemográficas, se utilizaron las pruebas chi-cuadrado para las variables cualitativas, y la prueba Mann-Whitney, para las variables cuantitativas. Se respetaron los aspectos éticos dispuestos en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Los resultados evidenciaron que la vida de las mujeres quilombolas está marcada por dificultad de informaciones y de acceso a los servicios de salud lo que implica en limitaciones de prácticas y planificación reproductiva. El grupo de las madres presentó mayor frecuencia de mujeres casadas o con compañero (66,2%), que trabajaban actualmente (51,2%) mayor ingreso (mediana = 358 reales) y mayor frecuencia de realización de examen citopatológico de cuello uterino (72,5%). Por otro lado, las hijas presentaron más años de estudio (10,5 años), mayor frecuencia de participación en grupo de planificación familiar (37,2%) y uso de método anticonceptivo (80,5%). Las mujeres quilombolas presentaron elevada autonomía reproductiva, principalmente en los dominios toma de decisión (2,33) y ausencia de coerción (3,40), siendo que mujeres solteras o sin compañero presentaron mayor autonomía reproductiva general (3,07) en comparación con las mujeres casadas o con compañeros (2,93). La transmisión intergeneracional entre madres e hijas quilombolas, fue identificada sobre todo en los dominios ausencia de coerción y comunicación. Los resultados ofrecen elementos para la construcción de estrategias para la mejora de la calidad de vida y de la salud sexual y reproductiva garantizados cuando las políticas públicas garanticen libertades individuales considerando las dimensiones sociales que estas mujeres quilombolas están insertadas para reconocer-Lo haría por las singularidades.

Palabras clave: Género. Mujeres. Grupos Étnicos. Salud Sexual y Reproductiva. Autonomía.

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

| | |
|--|-----|
| Tabela 1- Diferenças entre as proporções de mães e filhas participantes do estudo, segundo características sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 104 |
| Tabela 2- Distribuição da Médias \pm DP, valor de p e CCI, entre mães e filhas participantes do estudo segundo variáveis da subescala de autonomia reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160..... | 105 |
| Tabela 3- Associação bruta e ajustada entre o escore de autonomia reprodutiva do constructo tomada de decisão de mães e filhas estudadas e variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160..... | 107 |

Manuscrito 2

| | |
|--|-----|
| Tabela 1- Distribuição das Medianas \pm AIQ entre mães e filhas quilombolas participantes do estudo, segundo as características sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 120 |
| Tabela 2- Distribuição das Medianas \pm AIQ entre mães e filhas quilombolas participantes do estudo, segundo variáveis (quantitativas) relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160..... | 121 |
| Tabela 3- Distribuição das proporções de mães e filhas quilombolas participantes do estudo, segundo variáveis (qualitativas) relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160..... | 122 |

Manuscrito 3

| | |
|---|-----|
| Tabela 1- Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as características sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160..... | 134 |
| Tabela 2- Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as características sexuais e reprodutivas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160..... | 136 |
| Tabela 3- Análise descritiva dos escores de autonomia reprodutiva, de acordo com cada domínio da Escala de Autonomia Reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 137 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 4- Associação entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas das participantes do estudo. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 138 |
| Tabela 5- Associação entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sexuais e reprodutivas das participantes do estudo. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 139 |

Manuscrito 4

| | |
|--|-----|
| Tabela 1- Distribuição das participantes do estudo, por idade da primeira menstruação e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 153 |
| Tabela 2- Distribuição das participantes do estudo, por número de partos e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 155 |
| Tabela 3- Distribuição das participantes do estudo, por gravidez pregressa e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 156 |
| Tabela 4- Distribuição das participantes do estudo, por utilização de método contraceptivo e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 158 |
| Tabela 5- Distribuição das participantes do estudo, por participação do parceiro em grupo de planejamento familiar e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 159 |
| Tabela 6- Distribuição das participantes do estudo, por participação em grupo de planejamento familiar e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 160 |
| Tabela 7- Distribuição das participantes do estudo, por relação sexual nos últimos 12 meses e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 162 |
| Tabela 8- Distribuição das participantes do estudo, por realização de mamografia e variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 163 |
| Tabela 9- Distribuição das participantes do estudo, por realização de exame citopatológico de colo uterino nos últimos 2 anos e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 165 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Quadro conceitual da Escala de Autonomia Reprodutiva | 69 |
| Figura 2 - Território de Identidade Sudoeste Baiano..... | 71 |
| Figura 3 - Mapa com distribuição das comunidades remanescentes de quilombos por estados e regiões do Brasil | 72 |

Manuscrito 1

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Gráfico Bland-Altman para as diferenças médias entre mães e filhas nos escores de autonomia reprodutiva: A, tomada de decisão; B, ausência de coerção; C, comunicação; D, total | 106 |
|---|-----|

Manuscrito 4

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Distribuição das participantes do estudo, de acordo com a idade da primeira menstruação e número de partos. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 152 |
| Figura 2 - Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as variáveis do perfil de saúde sexual e reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160. | 153 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Apresentação das comunidades quilombolas de acordo a sua localidade distrital. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. | 74 |
| Quadro 2 - Quantidade de participantes da pesquisa por comunidade quilombola. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. | 91 |

LISTA DE MAPAS

| | |
|--|----|
| Mapa 1 - Comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares no município de Vitória da Conquista-BA, 2020..... | 75 |
| Mapa 2 - Zoneamento das comunidades remanescentes de quilombos no município de Vitória da Conquista-BA, 2020. | 93 |

LISTA DE IMAGENS

| | |
|---|----|
| Imagem 1 - Vista da Comunidade | 76 |
| Imagem 2 - Casa de Morador | 76 |
| Imagem 3 - Igreja Católica | 77 |
| Imagem 4 - Posto de Saúde | 77 |
| Imagem 5 - Vista geral da Comunidade | 78 |
| Imagem 6 - Escola Municipal | 78 |
| Imagem 7 - Igreja Católica | 78 |
| Imagem 8 - Posto de Saúde Barrocas | 78 |
| Imagem 9 - Vista da Comunidade | 79 |
| Imagem 10 - Comunidade Boqueirão | 79 |
| Imagem 11 - Escola Municipal Gustavo Alves | 79 |
| Imagem 12 - Escola Municipal Lírio dos Vales | 79 |
| Imagem 13 - Posto de Saúde Boqueirão I | 80 |
| Imagem 14 - Posto de Saúde Boqueirão II | 80 |
| Imagem 15 - Produção de tijolo de adobo | 80 |
| Imagem 16 - Casa de Farinha Boqueirão | 80 |
| Imagem 17 - Igreja Católica | 81 |
| Imagem 18 - Posto de Saúde | 81 |
| Imagem 19 - Escola Municipal | 81 |
| Imagem 20 - Casa de Morador | 81 |
| Imagem 21 - Altar do Terreiro de Umbanda | 82 |
| Imagem 22 - Altar do Terreiro de Umbanda | 82 |
| Imagem 23 - Capelinha de Santo Expedito | 83 |
| Imagem 24 - Escola Municipal | 83 |
| Imagem 25 - Unidade de Saúde da Família | 83 |
| Imagem 26 - Vista da Comunidade | 83 |
| Imagem 27 - Escola Municipal Laranjeiras | 84 |
| Imagem 28 - Vista da Comunidade | 84 |
| Imagem 29 - Igreja Católica | 84 |
| Imagem 30 - Posto de Saúde | 84 |
| Imagem 31 - Vista da Comunidade | 85 |

| | |
|---|----|
| Imagem 32 - Vista da Comunidade | 85 |
| Imagem 33 - Vista da Comunidade | 86 |
| Imagem 34 - Igreja Católica | 86 |
| Imagem 35 - Escola Municipal..... | 86 |
| Imagem 36 - Unidade de Saúde da Família..... | 86 |
| Imagem 37 - Posto de Saúde | 87 |
| Imagem 38 - Igreja Católica | 87 |
| Imagem 39 - Associação de Moradores..... | 87 |
| Imagem 40 - Escola Municipal..... | 87 |
| Imagem 41 - Lagoa da Comunidade Lagoa de Maria Clemência | 88 |
| Imagem 42 - Vista da Comunidade | 89 |
| Imagem 43 - Posto de Saúde | 89 |
| Imagem 44 - Centro Múltiplo Uso..... | 89 |
| Imagem 45 - Escola Municipal..... | 89 |
| Imagem 46 - Igreja Adventista do Sétimo Dia | 89 |
| Imagem 47 - Igreja Católica | 89 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| ABENFO | Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas |
| ANOVA | Análise de variância |
| AIQ | Amplitude interquartil |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CAQSUB | Conselho das Associações Quilombolas do Território do Sudoeste Baiano |
| CCI | Coeficiente de correção intraclasse |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CNDM | Conselho Nacional dos Direitos da Mulher |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| CRQs | Comunidades Remanescentes de Quilombos |
| DOU | Diário Oficial da União |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| DP | Desvio padrão |
| FCP | Fundação Cultural Palmares |
| GPF | Grupo de planejamento familiar |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Adquirida |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INCRA | Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária |
| IC | Intervalo de confiança |
| IST's | Infecções sexualmente transmissíveis |
| ITERRAs | Institutos de Terra |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PMVC | Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PSMI | Programa de Saúde Materno-Infantil |
| PSF | Programa Saúde da Família |

| | |
|---------------|--|
| REHUNA | Rede de Humanização do Parto e do Nascimento |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TISB | Território de Identidade do Sudoeste Baiano |
| UESB | Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |

LISTA DE SÍMBOLOS

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| % | Porcentagem |
| ≥ | Maior ou igual a |
| ≤ | Menor ou igual a |
| α | Alfa |
| Κ | Kappa |
| Δ | Diferença |
| = | Igual |
| ± | Mais ou menos |
| > | Maior que |
| < | Menor que |
| r² | Coeficiente de determinação |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 APRESENTAÇÃO | 23 |
| 2 INTRODUÇÃO | 25 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 33 |
| 3.1 CONTEXTUALIZANDO ORIGEM E FORMAÇÃO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS | 33 |
| 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NEGRAS: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO BASE PARA A AUTONOMIA REPRODUTIVA | 36 |
| 3.3 INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E GERAÇÃO E A AUTONOMIA REPRODUTIVA DE MULHERES NEGRAS | 51 |
| 3.4 TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL E A IMPORTÂNCIA DA MULHER NEGRA NAS DECISÕES REPRODUTIVAS | 61 |
| 4 METODOLOGIA | 68 |
| 4.1 QUADRO CONCEITUAL..... | 68 |
| 4.2 TIPO DE ESTUDO | 70 |
| 4.3 LOCAL DO ESTUDO | 70 |
| 4.4 DESCRIÇÃO DAS COMUNIDADES | 76 |
| 4.4.1 Comunidade Quilombola Ribeirão do Panelheiro | 76 |
| 4.4.2 Comunidade Quilombola de Barrocas | 77 |
| 4.4.3 Comunidade Quilombola do Boqueirão | 78 |
| 4.4.4 Comunidade Quilombola de Sinzoca | 80 |
| 4.4.5 Comunidade Quilombola de Lagoa dos Patos | 82 |
| 4.4.6 Comunidade Quilombola de Laranjeiras | 83 |
| 4.4.7 Comunidade Quilombola de São Joaquim do Sertão | 85 |
| 4.4.8 Comunidade Quilombola de Lagoa de Maria Clemência | 86 |
| 4.4.9 Comunidade Quilombola de Lagoa de Melquíades | 88 |
| 4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 90 |
| 4.6 AMOSTRA..... | 91 |
| 4.7 COLETA DE DADOS | 94 |
| 4.8 ANÁLISE DE DADOS | 95 |
| 4.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 96 |

| | |
|--|-----|
| | 22 |
| 5 RESULTADOS | 98 |
| 5.1 MANUSCRITO 1 - TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL ENTRE MÃES E FILHAS QUILOMBOLAS: AUTONOMIA REPRODUTIVA E FATORES INTERVENIENTES | 98 |
| 5.2 MANUSCRITO 2 - PRÁTICAS REPRODUTIVAS DE MULHERES QUILOMBOLAS EM DIFERENTES GERAÇÕES: ESTUDO TRANSVERSAL..... | 115 |
| 5.3 MANUSCRITO 3 - MULHERES QUILOMBOLAS E FATORES ASSOCIADOS A SAÚDE E AUTONOMIA REPRODUTIVA: ESTUDO TRANSVERSAL | 129 |
| 5.4 MANUSCRITO 4 - PERFIL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E ASSOCIAÇÕES COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM MULHERES QUILOMBOLAS: ESTUDO TRANSVERSAL..... | 147 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 173 |
| REFERÊNCIAS | 176 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 197 |
| ANEXO A - Termo de Anuência do Campo de Pesquisa..... | 200 |
| ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética..... | 201 |
| ANEXO C - Escala de Autonomia Reprodutiva..... | 205 |
| ANEXO D – Questionário Semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde (Adaptado) | 221 |

1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa pretendeu estudar a autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas, foi desenvolvida a partir das valiosas respostas das mulheres (mães e filhas) com relação as questões sociodemográficas e sexuais e reprodutivas. Teve como objetivos: Analisar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes na transmissão intergeracional entre mães e filhas; Analisar às práticas reprodutivas de mulheres quilombolas e fatores intervenientes em diferentes gerações; Verificar a associação entre a autonomia reprodutiva e características sociodemográficas, sexual e reprodutiva em mulheres quilombolas e Verificar associação entre o perfil de saúde sexual e reprodutiva e as características sociodemográficas em mulheres quilombolas.

A principal motivação para a escolha das mulheres quilombolas como participantes se deu em função da importância de se estudar o perfil da saúde sexual e reprodutiva e sobre direitos sexuais e reprodutivos bem como da autonomia reprodutiva dessa população em particular.

Para uma melhor compreensão sobre o estudo, esta tese está estruturada em cinco capítulos. A introdução apresenta um panorama sobre autonomia reprodutiva e mulher quilombola, hipótese, questões de pesquisa e os objetivos do estudo.

O capítulo seguinte apresenta a revisão da literatura em tópicos relacionados ao objeto e objetivos da pesquisa: “Contextualizando origem e formação das comunidades quilombolas”; “Políticas públicas para mulheres negras: saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos como base para a autonomia reprodutiva”; “Interseccionalidade de raça, gênero e geração e a autonomia reprodutiva de mulheres negras” e “Transmissão intergeracional e a importância da mulher negra nas decisões reprodutivas”.

Em seguida, no terceiro capítulo, a metodologia empregado na pesquisa é apresentado com detalhamento do quadro conceitual (utilizada para desenvolver a Escala de Autonomia Reprodutiva); do tipo de estudo; local do estudo; descrição das comunidades; participantes do estudo; amostra; da coleta de dados; da análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

O quarto capítulo contém os resultados. Estes foram apresentados em formato de manuscritos, totalizando quatro manuscritos conforme os objetivos da pesquisa. Este estudo foi desenvolvido com 160 mulheres (80 pares de mães e filhas) em idade reprodutiva de 18 a 49 anos, quilombolas pertencentes às comunidades do município de Vitória da Conquista na Bahia.

O primeiro manuscrito, intitulado “Transmissão intergeracional entre mães e filhas quilombolas: autonomia reprodutiva e fatores intervenientes” resultou de estudo analítico de

corte transversal, com o objetivo de analisar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes da transmissão intergeracional entre mães e filhas.

O segundo manuscrito, “Práticas reprodutivas de mulheres quilombolas em diferentes gerações: estudo transversal”, é um estudo descritivo e quantitativo e seu objetivo é analisar as práticas reprodutivas de mulheres quilombolas e fatores intervenientes em diferentes gerações.

Como terceiro manuscrito “Mulheres quilombolas e fatores associados a saúde e autonomia reprodutiva: estudo transversal”, estudo analítico de corte transversal, tendo como objetivo verificar a associação entre a autonomia reprodutiva e características sociodemográficas, sexual e reprodutiva em mulheres quilombolas.

E o quarto manuscrito, “Perfil de saúde sexual e reprodutiva e associações com características sociodemográficas em mulheres quilombolas: estudo transversal”, estudo analítico de corte transversal tendo como objetivo verificar associação entre o perfil de saúde sexual e reprodutiva e as características sociodemográficas em mulheres quilombolas.

A tese será finalizada com as considerações finais, reforçando a importância de dar continuidade a mais pesquisas envolvendo mulheres quilombolas. Na sequência, são apresentados, as referências, os apêndices e anexos.

2 INTRODUÇÃO

A autonomia reprodutiva é definida como o poder de decidir sobre, e controlar as questões associadas ao poder sobre seu corpo, uso de contraceptivos, a gravidez e maternidade. Isso significa que as mulheres podem controlar se querem e quando querem engravidar, se querem e quando querem praticar contracepção podendo escolher qual método usar, e se querem continuar a gravidez (UPADHYAY et al, 2014).

Além de seu valor intrínseco significativo, a autonomia é considerada instrumentalmente essencial para a tomada de decisão em uma variedade de situações de assistência à saúde, desde a busca e utilização da assistência até a escolha entre as opções de tratamento. Portanto, a capacidade das mulheres de cuidar de sua saúde e utilizar os serviços de saúde de forma adequada pode depender em parte de sua autonomia para tomar decisões (OSAMOR; GRADY, 2016).

A relação que a mulher tem com seu parceiro sexual, a cultura e o contexto no qual ela vive influencia a sua capacidade para alcançar suas intenções reprodutivas. Nesse sentido o nível de autonomia reprodutiva é moldado à medida que essas influências mudam, podendo diferenciar em mulher com múltiplos parceiros, em mulher que não tem parceiro, mulheres que vivem em uma comunidade que tem assegurado os direitos reprodutivos e mulheres que vivem numa comunidade onde os direitos reprodutivos não são apoiados (UPADHYAY et al, 2014).

A autonomia reprodutiva ou autodeterminação reprodutiva implica no direito de estar livre de todas as formas de violência e coerção que afetam a vida sexual e reprodutiva das mulheres. A violência contra a mulher, assentada nas relações desiguais de gênero, frequentemente resulta em agravo sexual que afeta especificamente a capacidade sexual e reprodutiva das mulheres. Por isso, os direitos sexuais e reprodutivos reconhecem explicitamente o direito de as mulheres realizarem suas próprias escolhas reprodutivas (CAMPOS, 2009).

Países em desenvolvimento ou de baixa renda, o status das mulheres muitas vezes limita sua autonomia e capacidade de tomar decisões sobre muitos aspectos de suas vidas. Muitas dessas sociedades ainda têm estruturas sociais fortes que definem rigidamente os papéis de homens e mulheres, geralmente codificados em tradições religiosas, tribais e sociais (OSAMOR; GRADY, 2016).

A Constituição Federal estabelece direitos e garantias relativos ao exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos formando um sistema especial de proteção e garantia. O parágrafo 7.º do art. 226 afirma princípios e direitos centrais para a operacionalidade do conceito de Direitos

Reprodutivos. O planejamento familiar é livre decisão do casal e compete ao Estado, propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Marcadas pela desigualdade de gênero, as mulheres negras quando comparadas as mulheres brancas, vivenciam menor acesso a métodos contraceptivos. Vale destacar que as desigualdades sociais, o racismo são fatores fundamentais que prejudicam o acesso das mulheres aos serviços de saúde as conduzem muitas vezes para o aborto inseguro. Além disso diversos fatores como oferta e acesso a serviços de planejamento reprodutivo; o início precoce da vida sexual e reprodutiva e dificuldade de manutenção de relações afetivas e sexuais estáveis dificultam a autonomia reprodutiva de mulheres negras (GOES, 2018).

O estigma do aborto e a discriminação colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade e violências institucionais visto que estão expostas as barreiras pessoais e institucionais (GOES, 2018). Assim, o aborto é considerado uma questão sensível que permeia as dimensões cultural, social, moral, religiosa e legal. Nesse sentido, é necessário intensificação da educação sexual além de facilitar e disponibilizar às mulheres o acesso aos anticoncepcionais (ODURO; OTSIN, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) lançou em 2005 a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005). Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede Sistema único de Saúde (SUS); capacitação de profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2013).

O reconhecimento da natureza dos Direitos Reprodutivos como direitos humanos é fundamental para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício das funções reprodutivas e da sexualidade. A efetivação dos Direitos Reprodutivos envolve assegurar direitos relativos à autonomia e autodeterminação das funções reprodutivas, que correspondem às liberdades e aos direitos individuais reconhecidos nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na lei constitucional brasileira (VENTURA, 2004).

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população (BRASIL, 2013). É importante que as mulheres possam tomar decisões sobre sua saúde e direitos reprodutivos, especialmente durante o período reprodutivo (TADELE; TESFAY; KEBEDE, 2019).

Reconhece também os direitos de dimensão social, como aqueles relativos à saúde, educação, segurança, que têm como finalidade proporcionar as condições e os meios necessários para a prática livre, saudável e segura das funções reprodutivas e da sexualidade (VENTURA, 2004).

A construção dos direitos sociais está intimamente relacionada às dimensões políticas e econômicas e os direitos reprodutivos aos aspectos culturais e sociais, sendo assim mesmo o direito legalmente instituído este nem sempre garante sua efetivação (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Encontram-se entre os direitos reprodutivos: direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2013).

E entre os direitos sexuais: direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a); direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade; direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação e direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

A autonomia reprodutiva é vista como um direito humano básico para uma vida digna e essencial, porém as mulheres ainda encontram obstáculos para o exercício desta autonomia e uma das dificuldades está relacionada a suas características sociodemográficas (LOLL et al., 2019), a citar, idade, religião, estado conjugal, nível educacional (OSAMOR; GRADY, 2018), cor/raça (YALEW; ZELEKE; TEFERRA, 2015).

Fatores como idade, educação, religião, renda e outros fatores socioeconômicos e culturais influenciam na autonomia de decisões sobre os cuidados de saúde definindo as circunstâncias em que as mulheres têm ou não autonomia para tomar decisões sobre sua própria saúde (OSAMOR; GRADY, 2016). A educação é considerada fundamental para o empoderamento das mulheres, também as equipa com as habilidades necessárias para tomar decisões importantes, algumas das quais giram em torno de sua saúde (WOLDEMICAEL; TENKORANG, 2010).

A reprodução social, pode ajudar a entender a importância das lutas políticas em ambas as esferas e a necessidade de unificá-las. Como por exemplo os direitos reprodutivos, estes não dizem respeito simplesmente às mulheres terem acesso a aborto e contracepção, mas também que esse direito de escolha de uma mulher não deve ser só o direito de escolher não ter filhos, mas também o direito de escolher tê-los (BHATTACHARYA, 2013).

Entendendo o sistema capitalista como o complexo de relações sociais que, subordinadas à lógica do valor, compõem o sistema social em que vivemos, a Teoria da Reprodução Social busca uma explicação para a existência da opressão de gênero, buscando a compreensão sobre as formas não-remuneradas de trabalho feminino e responder qual seria a base material da opressão de gênero no capitalismo (FONSECA, 2019)

Desse modo, a teoria da reprodução social mostra como a produção de bens e serviços e a produção da vida fazem parte de um processo integrado, essa teoria nos ajuda a entender que ganhos nos direitos de gênero acaba sendo temporário visto que a base material da opressão às mulheres está amarrada ao sistema como um todo tendo em vista que a capacidade das mulheres de gerar filhos desempenha um papel crucial na sociedade de classes. Nesse sentido, é preciso lutar pela libertação das mulheres e pela justiça de gênero (BHATTACHARYA, 2013).

Essa compreensão nos leva a entender que a Teoria da Reprodução Social possibilita analisar a interrelação entre gênero, raça e classe pois revela que no capitalismo essas atividades são essencialmente executadas por mulheres e por raças subalternizadas visto que o processo histórico pelo qual o capitalismo emergiu envolveu integralmente relações sociais de raça e dominação racial, de gênero e dominação heteropatriarcal (FONSECA, 2019).

As gerações envolvem conjuntos de destinos, experiências sociais e vivências comuns em constante interação com outras gerações. São estas experiências compartilhadas que guiam a formação de grupos concretos variados (JÚNIOR; COUTO, 2015). Essa experiência comum dá origem a uma consciência que permanece presente ao longo do curso de sua vida,

influenciando a forma como as mulheres percebem e experimentam novos acontecimentos (BORGES; MAGALHÃES, 2011).

As relações familiares e de parentesco são elementos decisivos para pensarmos a conformação e a sucessão de gerações, porém só se tecem concretamente a partir das vivências individuais e coletivas dos agentes e dos processos reflexivos associados a essas vivências, às experiências que constituem a própria vida social (DOMINGUES, 2002). Dessa maneira, perceber como se dá a transmissão intergeracional entre mães e filhas dos valores sobre a maternidade e parto para compreender a autonomia reprodutiva implica em entender que a geração reúne pessoas que, nascidas numa mesma época, viveram os mesmos acontecimentos históricos e partilham de uma mesma experiência histórica (BORGES; MAGALHÃES, 2011).

O núcleo familiar possui relações interpessoais próprias e singulares que podem transmitir diversos modelos de comportamento e vivência, nesse sentido parte da identidade de cada sujeito está relacionada à estrutura de sua família. Sendo assim, as experiências socializadoras dos indivíduos, aquelas mantidas no ambiente familiar, definirão as possibilidades e limites de suas trajetórias (BOTTON et al., 2015).

O processo de transmissão cultural que se faz de uma geração a outra é justamente a transmissão de uma realidade, de um mundo de hábitos e de significados. E essa transmissão se dá a partir de relações com “outros significativos” que pertencem a diferentes gerações (BORGES; MAGALHÃES, 2011). A socialização será a responsável pela transmissão ou mudanças das dimensões concretas e simbólicas do social, como o processo que permeia a relação entre as novas e antigas gerações (TOMIZAKI, 2010a).

Para a elaboração de uma conceituação ampla e sintética das gerações, Domingues (2002) define o conceito de geração a partir de três conjuntos de variáveis analíticas: 1) a família e as relações de parentesco derivadas diretamente das relações que se traçam no núcleo familiar básico; 2) os coortes – grupos de pessoas nascidas em momentos próximos e que atravessam estágios sucessivos ao mesmo tempo. Para sua definição três elementos são relevantes: a idade biológica, a idade cronológica e os estágios de maturação; 3) a experiência vivida e reflexivamente mediada dos indivíduos e coletividades.

As comunidades quilombolas ou remanescentes dos quilombos, a partir do Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, conceitua os grupos étnicoraciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida e que a caracterização dos remanescentes das comunidades dos quilombos será atestada mediante auto definição da própria comunidade (BRASIL, 2003). Os quilombolas se enquadram, assim

como os índios, na categoria de comunidades tradicionais, uma vez que o traço essencial de sua caracterização é a preservação de uma cultura distinta da majoritária, mantendo uma relação com a terra que é mais do que posse ou propriedade, é uma relação de identidade (SOUZA; ARAÚJO, 2014).

De acordo com esse Decreto, é possível identificar alguns elementos para a caracterização do conceito de quilombolas como grupo étnico negro; com uma trajetória histórica e relações territoriais próprias; com presunção de ancestralidade negra relacionada à luta contra a opressão histórica e a prevalência da auto atribuição ou autodefinição da própria comunidade. Além disso, o mesmo estabelece critérios que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos (BRASIL, 2003).

A certificação é o primeiro passo para a regularização fundiária e para o reconhecimento da identidade da comunidade como quilombola. Este processo acontece após a auto atribuição pela comunidade e a emissão do certificado é de responsabilidade da Fundação Cultural Palmares, vinculada ao Ministério da Cultura (FCP/MinC), que tem como atribuição legal realizar e articular ações de proteção, preservação e promoção do patrimônio cultural das comunidades quilombolas, bem como das comunidades tradicionais de terreiros. Atualmente é emitida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e pelos Institutos de Terra (ITERRAs) estaduais (SEPPIR, 2012).

Partimos da hipótese que a autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas é influenciada e muitas vezes silenciadas por questões sociais, religiosas, raciais e culturais. Sendo assim, é importante conhecer e compreender a singularidade e suas demandas, além de analisar a autonomia reprodutiva dessas mulheres para que o cuidado aconteça de forma integral e congruente com suas necessidades valorizando o contexto que vivenciam suas relações sociais. Visto que questões socioeconômicas e culturais estão imbricadas nas relações desiguais de gênero o que influenciam na saúde reprodutiva e qualidade de vida dessas mulheres pois convivem com o racismo e o sexismo além de dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Diante da hipótese apresentada, **questionamos:**

- 1) Qual o nível de autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas?
- 2) De que maneira se dá a transmissão intergeracional entre mães e filhas sobre as decisões reprodutivas em mulheres quilombolas?

3) De que maneira mulheres da mesma família e de diferentes gerações apresentam práticas reprodutivas distintas?

4) As atitudes relacionados às decisões reprodutivas são influenciadas pela relação mãe e filha?

Diante do exposto, temos como **objetivos**:

- Analisar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes da transmissão intergeracional entre mães e filhas.
- Analisar as práticas reprodutivas de mulheres quilombolas e fatores intervenientes em diferentes gerações.
- Verificar a associação entre a autonomia reprodutiva e características sociodemográficas em mulheres quilombolas.
- Verificar associação entre o perfil de saúde sexual e reprodutiva e as características sociodemográficas em mulheres quilombolas.

Contudo, ainda existem lacunas que inviabilizam o atendimento à saúde reprodutiva de mulheres negras. Ausência de políticas públicas voltadas para suas especificidades e necessidades de saúde ainda se faz presente para estas mulheres que convivem com dificuldades de acesso além de serem fruto de discriminação étnico-racial. Atuando como docente me possibilitou identificar o acesso desigual que as mulheres negras encontram nos serviços de saúde além das inúmeras deficiências no planejamento reprodutivo assim como na autonomia reprodutiva das mesmas.

Questões relacionadas à saúde reprodutiva de mulheres quilombolas continuam sendo invisibilizadas uma vez que dados socioeconômicos e de saúde são muitas vezes inexistentes para este tipo de população, dificultando assim conhecer a realidade das condições de saúde. A construção sociocultural do gênero impõe à mulher a responsabilidade pela saúde reprodutiva.

Desse modo, inquieta e instigada pela experiência docente assim como pelos poucos estudos que discutem autonomia reprodutiva, propomos refletir sobre a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres quilombolas, buscando efetivação da melhoria dos serviços de saúde de atenção à mulher em situação de vulnerabilidade social.

Os achados dessa pesquisa são relevantes, pois, intenciona a produção de conhecimentos sobre saúde reprodutiva de mulheres quilombolas, o que evidencia demandas de cuidado e ações direcionadas a este público, visando construção de práticas educativas e assistenciais

congruentes e reflexões sobre políticas de saúde revelando características peculiares e sociais que servirão de referências para construção dessas práticas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONTEXTUALIZANDO ORIGENS E FORMAÇÃO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Em sua etimologia bantu, a palavra “quilombo” quer dizer acampamento guerreiro na floresta (LEITE, 2008). Definido como esconderijo, aldeia, cidade ou conjunto de povoações em que se abrigavam escravos fugidos (ALMEIDA, 1998). Para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, a palavra “quilombo” teve também um significado especial alcançando amplas dimensões e conteúdo (LEITE, 2008).

Popularizada no Brasil pela administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos refere-se às unidades de apoio mútuo, criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão no País (LEITE, 2008).

Alguns termos como mocambos, comunidade remanescente de quilombos, comunidades de terreiro, quilombos, terra de preto, comunidades negras rurais são utilizadas para referir grupos que durante o período colonial foram trazidos para o Brasil. A formação de territórios independentes ocorreu após manifestações e resistência desse grupo. Após a abolição, algumas comunidades foram mantidas e passou a ser denominada de remanescentes do quilombo.

Após resistência e luta contra a escravidão, as comunidades formadas por descendentes de escravos denominadas por “comunidades negras rurais” ou “comunidades remanescentes de quilombos”, originaram grupos sociais em um território comum mantendo características culturais até os dias de hoje (ALMEIDA, 1998).

O conceito Comunidades Negras Rurais Quilombolas incorpora as chamadas terras de preto, terras de santo, mocambos ou quilombos, são comunidades formadas predominantemente por negras e ocupam terras na área rural. São os laços de consanguinidade e de familiaridade que permitem a utilização de áreas de forma individual e coletiva (AMORIM; GERMANI, 2005).

Organizados como modo coletivo de inserção de negros libertos, os quilombos surgem como forma de rejeição ao regime escravocrata. Nesse sentido, o território e o parentesco frutos de uma construção histórica comum, são considerados elementos importantes para a organização social dessas comunidades negras rurais (MESSEDER; MARTINS, 1991). A ideia

de pertencimento a um território, aos costumes e valores além dos laços de parentescos fazem parte dessa identidade quilombola (SANTANA; TELES; OLIVEIRA, 2017).

As comunidades quilombolas são grupos sociais que possuem um contexto histórico-social seguindo seus valores e princípios no campo simbólico, com padrões discretos de comportamento que são compartilhados entre os membros de cada grupo e que por muitas vezes, são distintos para com outros grupos sociais, o que poderá definir a identidade de cada indivíduo (FURTADO; SUCUPIRA; ALVES, 2014).

A definição de quilombo é muito mais abrangente, pois refere ao modo de vida dessas pessoas visto que moram de forma isoladas, eximidas dos direitos humanos, de políticas públicas e de direitos sociais. A luta dos quilombolas pelo reconhecimento e titulação da terra se faz presente sobretudo por questões de ancestralidade bem como por princípios culturais.

Por ter sido o movimento rebelde que se opôs à administração colonial por quase dois séculos, o Quilombo dos Palmares é considerado o fato mais emblemático. Centenas de insurreições de escravos e as formas mais diversas de rejeição ao sistema escravista no período colonial fizeram da palavra “quilombo” um marco da luta contra a dominação colonial e de todas as lutas dos negros que se seguiram após a quebra desses laços institucionais (LEITE, 2008).

O Quilombo dos Palmares tem a maior área territorial de resistência política à escravidão (MOURA, 1981). Em 1988, a representação do termo quilombo estava associado a Palmares e ao líder quilombola brasileiro Zumbi. Entretanto, a relação que faziam a imagem de quilombo estava associada a fugas de escravos, resistência e a comunidades isoladas (BRANDÃO; JORGE, 2016).

Na história do Brasil, os quilombos foram reconhecidos pela administração do período colonial por sua constituição a partir das formas de resistência dos africanos ao sistema escravocrata (CARVALHO; LIMA, 2013). Muitos casos de formação de quilombos estão em relação com os “processos de acomodação, apropriação, consentimento, influência mútua e mistura entre todas as partes envolvidas”, que acabaram por constituir territórios autônomos no interior da Colônia (LITTLE, 2003).

Retirados de sua terra natal e trazidos à força para as terras brasileiras para o trabalho escravo em grandes fazendas, engenhos e garimpos, os africanos organizaram-se dos modos mais diversos, em rejeição ao sistema de escravidão a que foram submetidos (CARVALHO; LIMA, 2013).

Com a quebra dos vínculos coloniais e as mudanças decorrentes dos projetos de industrialização no Brasil no final do século XX o quilombo ampliou-se para outras parcelas da

população, indo da voz dos abolicionistas para os movimentos sociais, tornando-se uma parte do projeto político de uma sociedade mais democrática e justa (LEITE, 2008).

No Brasil, os processos de formação de quilombos não foram apenas resultantes da resistência escrava e nem do afastamento deles dos domínios das grandes propriedades, como proposto pelo pensamento corrente. Assim sendo, a noção de quilombo não se restringe aos casos de fuga em massa e refúgio de escravos, mas refere-se, sim, à formação de grupos familiares que, buscando uma produção autônoma e livre, baseada na cooperação, faziam frente ao sistema escravocrata (CARVALHO; LIMA, 2013).

Em diferentes regiões do país os quilombos se reorganizaram e vivem o legado de seus antepassados. Mantendo a iniciativa comunitária, identitária, sem perder às transformações histórico-político culturais que ocorreram no decurso séculos (SIQUEIRA, 2005).

A condição de “quilombola” era reivindicada por comunidades cuja origem se dava por: ocupação de áreas doadas ou compradas por escravos libertos, por processos de migração, de fuga, ocupações por escravos e ex-escravos de áreas abandonadas pela exploração econômica (BRANDÃO; JORGE, 2016).

De acordo com suas particularidades regionais e seu contexto histórico, percebe-se que foram diversas as trajetórias seguidas na composição dos quilombos no Brasil, sendo assim, mesmo com muitas formas de resistência desse grupo existem processos de acomodação, apropriação, consentimento, influência mútua e mistura entre todas as partes envolvidas (LITTLE, 2003).

Pouco conhecida no início do processo constituinte a expressão “comunidade remanescente de quilombos” passou a ser veiculada no Brasil principalmente no final da década de 1980 para se referir às áreas territoriais onde passaram a viver os africanos e seus descendentes no período de transição que culminou com a abolição do regime de trabalho escravo, em 1888. Além de descrever um amplo processo de cidadania incompleto, veio também, sistematizar um conjunto dos anseios por ações em políticas públicas visando reconhecer e garantir os direitos territoriais dos descendentes dos africanos capturados, aprisionados e escravizados pelo sistema colonial português (LEITE, 2008).

Diferentes situações deram origem aos territórios quilombolas como doações de terras realizadas a partir da desagregação da lavoura de monoculturas, como a cana-de-açúcar e o algodão; compra de terras pelos próprios sujeitos, possibilitada pela desestruturação do sistema escravista; terras que foram conquistadas por meio da prestação de serviços, inclusive de guerra; bem como áreas ocupadas por negros que fugiam da escravidão. Outra origem desses territórios está na territorialidade vinda de propriedades de ordens religiosas onde ocorria doação de terras

para santos e do recebimento de terras em troca de serviços religiosos prestados a senhores de escravos por sacerdotes de religiões afro-brasileiras nas chamadas terras de preto, terras de santo ou terras de santíssima (SEPPPIR, 2012).

Segundo Rodrigues (2010) além da noção de “raça”, desde o século XIX se constroem noções sobre quilombos, tais como: grupos de escravos fugidos; expressões de resistência cultural e política; grupos sociais étnica e culturalmente diferenciados; processos identitários coletivos e, mais recentemente, novos sujeitos de direitos socioculturais.

Desde a abolição do sistema escravista colonial em 1888, o quilombo vem sendo associado à luta contra o racismo e às políticas de reconhecimento da população afro-brasileira vem recebendo amplo apoio de diversos setores da sociedade brasileira comprometidos com os Direitos Humanos (LEITE, 2008).

Devido às suas lutas pelo resgate de territórios e de respeito ao seu estilo de vida, as comunidades afro-americanas e os grupos étnicos têm tido nos últimos anos maior visibilidade como sujeitos de múltiplos reconhecimentos normativos. (SOUZA; ARAÚJO, 2014). No entanto, essa população ainda sofre discriminação e marginalização, visto que seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) estão entre os mais baixos do país (BRASIL, 2012a).

Atualmente as comunidades quilombolas são um dos grupos populacionais mais vulneráveis do País e se enquadram na categoria de comunidades tradicionais visto que sua caracterização é a preservação de uma cultura distinta da majoritária, mantendo uma relação com a terra que, mais do que posse ou propriedade, é uma relação de identidade (SOUZA; ARAÚJO, 2014).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES NEGRAS: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO BASE PARA A AUTONOMIA REPRODUTIVA

Considerados como Direitos Humanos para uma vida digna, a saúde sexual, saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos fazem parte do contexto que envolve os direitos básicos e devem ser tratados como universais, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, religião ou qualquer outra condição, tendo como principais características a não discriminação e o princípio da igualdade (BUSIN, 2013).

Os conceitos de direitos reprodutivos e de direitos sexuais buscam a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida,

à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade. Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais, legitimados pela ordem mundial desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948, e nas diversas leis internacionais, nacionais, e nos documentos consensuais sobre direitos humanos (VENTURA, 2004).

Direitos sexuais e reprodutivos são construções recentes, frutos de reflexões teóricas sobre os direitos individuais e coletivos. É dentro da concepção dos Direitos Humanos que eles se constituem nos espaços públicos e privados. Uma concepção fundamental, veiculada por esses direitos, é a autonomia, que requer o direito fundamental do exercício da liberdade (SOUZAS; ALVARENGA, 2007).

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É o direito de decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2004).

Esses direitos estão reconhecidos como valores democráticos e estão inseridos na agenda política dos contextos nacionais e internacionais. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática. a reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Na perspectiva feminista aqui adotada, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade (ÁVILA, 2003).

Falando de forma específica sobre a mulher, a reprodução se apresenta como uma configuração histórica e cultural que recai sobre a mulher a incumbência exclusiva do processo reprodutivo, como a concepção, gravidez, gestação, parto e amamentação (CITELI; SOUZA; PORTELLA, 1998).

A autonomia reprodutiva é essencial para que as mulheres alcancem seus direitos e liberdade reprodutiva pois facilita sua capacidade de escolher o parto, o aborto ou a contracepção sem influência de homens, profissionais de saúde, governo, comunidade internacional de desenvolvimento ou doutrina religiosa (LOLL et al., 2020).

Direito ao corpo é o segundo fundamento da autonomia reprodutiva. No seu significado mais tradicional, muitas das violações à autonomia reprodutiva são hipóteses de lesão corporal. Erros em procedimentos médicos atingem a integridade psicofísica da pessoa, privando-lhe da possibilidade de escolher entre ter ou não filhos e em aspecto mais amplo e profundo que a

ideia de um direito ao corpo dá suporte à proteção da autonomia reprodutiva (KONDER; KONDER, 2016).

As escolhas reprodutivas são importantes para as necessidades de saúde assim como para o uso de serviços de saúde (WORDEMICAEL; TENKORANG, 2010).

Imersos na vida cotidiana e necessárias aos indivíduos e aos grupos e interligadas a diferentes dimensões de reconhecimento de si e do outro, o racismo, discriminação, liberdade e a violência, permitem a compreensão de como se dá a exclusão de direitos e seus efeitos cotidianos (SOUZAS, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é fundamental no desenvolvimento integral dos seres humanos, assim como a saúde sexual e reprodutiva, sendo definida como o completo bem-estar físico, mental e social no plano sexual e reprodutivo e não somente na ausência de enfermidades (WHO, 2013). Todos os indivíduos deveriam ter a capacidade para reproduzir, gozar de sua sexualidade, regular a fecundidade, exercer e exigir os direitos sexuais e reprodutivos (GÓMES-CAMARGO et al, 2013).

As mulheres passaram a ter o direito à segurança anticonceptiva e a variedade de métodos contraceptivos de alta qualidade desde que 198 países adotaram a Plataforma de Ação de Beijing em 1995. Esta plataforma reconheceu os direitos reprodutivos como direitos humanos fundamentais reafirmando que um dos objetivos dos programas de planejamento familiar deveria ser o de garantir as opções informadas e colocar à disposição uma variedade de métodos efetivos e seguros (MELO et al., 2020).

Transformações ocorreram não apenas para o direito, mas também para a sociedade e a cultura a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos. A pílula anticoncepcional foi o principal marco desse processo por conseguir separar sexualidade e reprodução e permitir um controle muito mais efetivo do processo reprodutivo pela mulher trazendo um aumento exponencial da autonomia das mulheres, que somado ao movimento feminista deu a elas uma verdadeira emancipação social e sexual (KONDER; KONDER, 2016).

As práticas anticonceptivas difundidas nos últimos cinquenta anos têm efeitos expressivos na baixa taxa de crescimento da população que desde 1960 vem caindo sistematicamente. A separação entre a sexualidade e a reprodução, proveniente da difusão da pílula anticoncepcional, possibilitou alterações na formação da identidade feminina, redefinição que aconteceu em todas as classes sociais, tendo esta mudança criado mais empregos para as mulheres (MELO; SABATO, 2011).

Os direitos de igualdade das mulheres se cruzam com os direitos reprodutivos e sexuais. A capacidade das mulheres de controlar sua fertilidade e decidir se e quando ter filhos deve ser

examinada no contexto social e cultural em que seus direitos são exercidos. No entanto, sua capacidade de controlar sua vida sexual e reprodutiva é muitas vezes incompatível com a tradição cultural e religiosa (CASAS, 2009).

Embora as relações igreja-estado variem muito de um país para o outro da América Latina, muitos católicos, no entanto, acomodam suas crenças religiosas “pragmaticamente” às suas decisões privadas sobre sexualidade. A religião organizada influenciou muito a lei, especialmente no que diz respeito à sexualidade e à reprodução (CASAS, 2009).

As mulheres que têm autonomia na tomada de decisão têm maior probabilidade de ter um maior uso de contraceptivos, o que pode reduzir os riscos do comportamento reprodutivo, prolongar os intervalos entre os partos, reduzir a fertilidade e resultar em menor mortalidade infantil (ADHIKARI; SAWANGDEE, 2011). A prática clínica e o treinamento em planejamento familiar devem ser desenvolvidos com uma estrutura centrada na mulher, apoiando cada mulher na identificação de suas prioridades de planejamento familiar e na adoção do método que melhor atenda às suas necessidades atuais (GOMEZ et al, 2014).

No Brasil vários movimentos contribuíram para a construção de políticas públicas que pudessem consolidar leis e programas de saúde que intensificassem todas as questões que envolvessem tópicos relacionados à saúde reprodutiva, saúde sexual, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar e a autonomia reprodutiva (ALVES, 2006).

Os anos de 1960 e 70 foram marcados por altos índices de mortes materna e infantil nos países em desenvolvimento (HARTZ, 1997), despertando uma mobilização política e técnica. Baseado no perfil epidemiológico materno-infantil de 1970, o Ministério da Saúde (MS) realizou repasses financeiros para as secretarias estaduais e municipais, com fins de implementação do programa nacional de saúde materno-infantil e atividades voltadas para a educação, tendo como enfoque especial a assistência pré-natal.

Nessas décadas, os movimentos de crítica social como os da Contra-Cultura e o Feminista discutiam o papel social da mulher. Em destaque, a disseminação dos métodos anticoncepcionais e a progressiva participação das mulheres no mercado de trabalho. Com o crescimento desses movimentos feministas de crítica social, as mulheres tiveram papel importante e decisivo na trajetória do programa de atenção à saúde da mulher. Esses movimentos ultrapassaram as forças conservadoras do país, rompendo barreiras relativas ao papel social da mulher (DUPAS, 2005).

Em 1975, o Ministério da Saúde lançou, no Brasil, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), apresentando apenas duas preocupações relacionadas à saúde da mulher: a intervenção médica anticonceptiva sobre o corpo da mulher, restringindo a cesariana e a

esterilização, e a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (CASSIANO et al., 2014).

Na década de 80, marcada pelo avanço no processo de democratização do país, com reflexos na área da saúde, a Reforma Sanitária é defendida pelos movimentos sociais e sanitaristas da época e apresentada na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Foi criado a partir desse evento o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios da universalidade, integralidades das ações, equidade, descentralização dos serviços – com a municipalização, e a participação popular (LEAL, 2005).

A partir dos anos 80, as noções sobre saúde sexual e reprodutiva, direitos reprodutivos e sexuais e autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo passaram a ser interpretadas como direitos sociais (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014). Neste contexto, a 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizadas em 1986, com o apoio do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) apontaram de forma clara que as mulheres eram as mais prejudicadas dentro da assistência à saúde pública (SILVA; RIBEIRO, 2008).

É importante referir que, no final da década de 80, houve a formação do movimento social pela humanização do parto e nascimento. Essa iniciativa vem se afirmando nos dias de hoje e tem congregado profissionais, gestores e serviços de saúde. Compartilhando o mesmo pensamento, merecem destaque as associações de classe como a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas / ABENFO, as organizações não governamentais como as Amigas do Parto e a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento/ REHUNA, entre outros (BRASIL, 2002).

Para garantir a saúde, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, em seu artigo 2º determina que a saúde seja um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O Estado tem o dever de formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, assim como de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Baseado nos princípios legais, a saúde é compreendida sob influência do conceito da Organização Mundial de Saúde – OMS, considerando que as ações de saúde se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Fatores determinantes e condicionantes não devem ser esquecidos. Entre estes, são incluídos: a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação,

transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Todos esses fatores expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2000).

No decorrer de anos, a assistência à saúde da mulher limitava-se ao período reprodutivo, ou seja, ciclo gravídico-puerperal. No entanto, em 1984, devido reivindicações de grupos feministas, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que preconizava atendimento à mulher de forma ampla, em todas as fases do ciclo vital (PRATES et al., 2014). Com propostas de integralidade já consolidadas, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, além de oferecer um enfoque educativo, ampliou em termos de cuidados clínicos o atendimento à mulher (TREVISAN et al., 2002).

Resultado das reivindicações e organização política feminista, o programa PAISM propõe assistência clínico-ginecológica e educativa conjugada ao aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério incorporando uma visão mais ampliada das demandas das mulheres para além do período gravídico-puerperal. O documento enfoca ainda os problemas existentes desde a adolescência até o climatério, bem como o controle das doenças transmitidas sexualmente, câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para a concepção e contracepção.

Este programa tornou-se grande referência em relação aos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil (BRASIL, 2013), pois a mulher foi vista na sua integralidade, a exemplo, na área ginecológica; pré-natal, parto e puerpério; infecções sexualmente transmissíveis (IST's); câncer de mama e cérvico-uterino; e assistência para concepção e contracepção (PAIVA et al., 2015).

Além dessa proposta, o PAISM apresentou outras prioridades voltadas para a assistência à saúde da mulher, como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, o que teve grande participação na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), através da atuação do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2011).

Este programa teve dificuldades para a sua completa implementação e ações modificadoras no cotidiano da saúde das mulheres (CASSIANO et al., 2014), pois o Estado priorizava questões ligadas a economia, política, cultural e social (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Além disso, observava-se uma certa contradição entre o PAISM na atuação integral, mas que ao mesmo tempo focava no aspecto reprodutivo da mulher, sem mencionar o homem. Assim, verificava-se uma intenção disfarçada do governo de controlar a fecundidade feminina, incidindo esse controle sobre a população feminina em idade reprodutiva. Ao mesmo tempo, o homem somente era mencionado ao se falar da vasectomia, e mesmo assim quando a mulher

não pudesse se submeter a outro método de controle. No entanto, entre as organizações femininas o Programa foi bem recebido, discutindo-se apenas os métodos para sua implementação (OSIS, 1998).

Como visto, com a criação do PAISM, o Brasil estabelece uma nova forma de lidar com a questão do planejamento familiar, posição esta que se demonstra além de uma ideia de controle de natalidade, mas inserido no contexto de atenção integral à mulher, através da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, imputava o planejamento familiar é um direito de todos, levando como princípios a dignidade da pessoa humana, paternidade responsável, planejamento familiar de livre escolha do casal, vedando qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 2013).

Na contextualização do programa, a década de 90 apresenta como marco referencial político uma das iniciativas mais importantes, as Conferências de Cairo (1994) e Beijing (1995). Ambas defenderam a proposta de que as políticas de combate à pobreza e outras políticas sociais tenham as mulheres como um de seus alvos prioritários. Cabe também um destaque para a Conferência Internacional de Direitos Humanos em Viena, com enfoque principal nas implicações político-sociais, evidenciando-se como parte integral e indivisível dos direitos humanos (BRASIL, 1997).

No ano de 1995, a IV Conferência Mundial da Mulher, considerada o maior evento da Organização das Nações Unidas (ONU), destacou os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a inclusão da discriminação racial/étnica como obstáculo à igualdade e equidade entre as mulheres. Como resultado das recomendações e do compromisso assumido pelo Brasil nas Conferências Internacionais, o Ministério da Saúde adota medidas para a redução da mortalidade materna e melhoria da qualidade do atendimento pré-natal e ao parto, a redução do número de cesáreas e da violência contra a mulher.

A lei do planejamento familiar foi regulamentada em 1996 considerando como assistência integral à saúde da mulher um conjunto de ações sobre o controle da fecundidade (SANTOS; FERREIRA; SILVA, 2015). Assim, a sua concretização não se traduziu em autonomia diante das escolhas relacionadas à concepção e contracepção, situações estas ligadas às relações de gênero, construídas social e culturalmente, que impõem distintos papéis a homens e mulheres (RODRIGUES; ROCHA; SILVA, 2014).

Planejamento reprodutivo é definido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996). É regulamentado pela Lei 9.263/1996, que trata do planejamento reprodutivo e estabelece as penalidades para a violação

constitucional. O art. 226, parágrafo sétimo da Constituição brasileira traz o primeiro fundamento da autonomia reprodutiva a liberdade de planejamento familiar. Constitui livre decisão do casal competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito além de ser vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Outro marco envolvendo a questão da saúde da mulher foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004 (PNAISM), que apresentou ações para diminuir a mortalidade materna e perinatal por causas preveníveis e evitáveis através da melhoria da atenção obstétrica e de ações que colaboravam para a garantia dos direitos das mulheres (SILVA et al., 2011), atenção ao aborto inseguro, ao planejamento familiar e a situação de violência doméstica e sexual entre mulheres e adolescentes (BRASIL, 2013).

Esta política além de acolher a mulher de forma integral, em todo seu ciclo de vida e sua especificidade, em diferentes faixas etárias e grupos sociais, que reforçou as convicções do PAISM, prioridades voltadas para a saúde da mulher, as peculiaridades de grupos, como as mulheres negras. Tendo como base os princípios da promoção da integralidade da saúde, na qual a mulher passou a ter assistência nas diversas áreas como por exemplo, na saúde sexual e reprodutiva, porém ainda se observa falhas na sua aplicação, tal como ao cuidado direcionado às mulheres negras (PRATES et al., 2014).

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011). O cuidado à saúde da mulher, por algumas décadas, ficou centrado apenas no ciclo gravídico-puerperal de modo a limitar esses cuidados a saúde da mulher à procriação.

A implementação de políticas públicas para as mulheres pelo Estado Brasileiro enfrentou alguns desafios e muito ainda se tem por fazer para que de fato haja garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (OLIVEIRA, 2011).

A atuação dos movimentos organizados de mulheres exerceu forte influência na luta pela criação e implementação tanto da legislação como das políticas dirigidas à saúde sexual e reprodutiva. Desde a concepção e constituição do SUS (Sistema Único de Saúde), à elaboração e implantação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), à legislação que

envolve os direitos sexuais e reprodutivos, à luta pela descriminalização e legalização do aborto, as feministas têm buscado ampliar e consagrar os direitos das mulheres (CAMPOS, 2009).

Em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS, a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) foi elaborada em 2014 pelo Ministério da Saúde (MS) onde passou a ser preconizada uma abordagem a saúde da mulher mais integral. Esta política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis e enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2013a).

Tendo em vista o que propõe o Sistema Único de Saúde para uma assistência de forma universal, integral, equânime e equitativa, a saúde reprodutiva das mulheres quilombolas deve ocupar um lugar central nas políticas de saúde uma vez que a ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade torna as mulheres mais vulneráveis à morte ou suscetível a danos durante o parto, a uma gravidez não desejada ou a doenças sexualmente transmissíveis (CFEMEA, 2009).

Compreendendo a importância de direcionar conhecimento e atitudes das mulheres em idade reprodutiva, é importante projetar programas e políticas estratégicas para melhorar a saúde e os direitos das mulheres. Entretanto, evidências indicam que as mulheres geralmente têm autonomia parcial uma vez que sofrem influências significativa no comportamento e nas ações do esposo e/ou outros membros familiares de modo a influenciar nas decisões sobre saúde materna.

Destarte, todos estes pontos estão relacionados diretamente com a autonomia reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos, apontando que a saúde sexual e reprodutiva da mulher merece total atenção por tratar do bem-estar das mulheres e por existirem fatores, além de crenças e construções sociais, que desvalorizam as opções de escolha dificultando o pleno direito para o exercício de tal autonomia (PURDY, 2006).

É importante reconhecer e garantir a autonomia sexual da mulher como um exercício livre e desligado da reprodução, daí porque se fazem importantes políticas públicas na organização pela defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (CFEMEA, 2009) sendo fundamental relacioná-los com questões ligadas aos Direitos Humanos.

A saúde sexual significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero (BRASIL, 2010).

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (BRASIL, 2010). Devem, portanto, ser ofertados a homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes informação, acesso e escolha a métodos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis e não contrários à Lei nº 9.263/1996, além da oferta de outros métodos de regulação da fecundidade e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério (BRASIL, 2011).

Com relação aos direitos reprodutivos, o Capítulo VII, da Plataforma de Ação da Conferência de Cairo reconhece estes direitos como direitos humanos de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, incluindo também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (BRASIL, 2005, p. 7).

Sem os direitos das mulheres a uma vida reprodutiva e sexual digna e com respeito não existe projeto democrático de sociedade. As políticas públicas devem garantir o livre exercício da sexualidade permitindo que as pessoas exerçam suas sexualidades sem serem punidas, criminalizadas, descriminalizadas nos diferentes espaços sociais de convivência, para isso as políticas públicas não devem normatizar regras de sociabilidade sexual, intervindo na vida privada das pessoas, entretanto elas devem garantir a liberdade de ser (OLIVEIRA, 2011).

De acordo com estudo realizado por Rizvi et al (2014), a saúde reprodutiva das mulheres paquistanesas é influenciada pelo " papel reprodutivo ", que é um dos traços do modelo que a sociedade elaborou. O ' papel reprodutivo ' não permite que as mulheres: regulem sua fertilidade; discutir questões de saúde sexual e reprodutiva; e procurar cuidados de saúde, mesmo quando cruciais, como durante os períodos pré-natal, natal e pós-natal.

Resultados de um estudo realizado no norte de Minas com mulheres em comunidades quilombolas com idade de 18 a 49 anos, apontaram que as características das mulheres em relação à saúde reprodutiva apontam para um acesso restrito às atividades educativas ou de planejamento familiar e revelou que mais da metade das mulheres entrevistadas tiveram sua primeira gestação ainda na adolescência e referem três ou mais gestações (OLIVEIRA et al, 2014).

Outro conceito importante apresentado pela OMS, envolve os direitos sexuais também reconhecidos como direitos humanos e que incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p. 53).

Diante do exposto, percebemos a importância do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como universal e intransferíveis, inclusive sobre os seus benefícios, a exemplo, ter acesso a métodos contraceptivos; poder de decisão sobre o número de filhos; se quer tê-los ou não sem sofrer recriminações; sem sofrer coerção reprodutiva ou sexual; aborto (SEBASTIÃO, 2017).

Mesmo com a atuação das Políticas Públicas e o seu contexto envolvendo de forma clara a saúde sexual e reprodutiva, é possível perceber que ainda existem muitas barreiras na aplicação dos conceitos que envolvem a saúde reprodutiva e sexual e os direitos sexuais e reprodutivos e temas que norteiam a autonomia reprodutiva, fazendo-se necessário o fortalecimento de políticas públicas voltadas para estas questões.

As conquistas na saúde materna, durante os últimos 30 anos, sem dúvida representaram um marco importante no modelo vigente. Ou seja, propondo a concretização da transversalidade entre os programas, com ênfase na Política de Atenção Básica e de Humanização à Saúde da Mulher. Reforçam a visão da integralidade da assistência prestada, com a implantação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos e propiciem a redução da morbimortalidade maternas por causas preveníveis e evitáveis.

No Brasil, apesar das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, especificamente, direcionadas ao atendimento às demandas decorrentes do ciclo gravídico-puerperal, datarem do século XX, verifica-se ainda necessidade de aprimorar a atenção obstétrica como meio de diminuir a incidência de problemas inerentes à gestação, ao parto e puerpério. Embora, tais fenômenos sejam fisiológicos e, na maior parte das vezes, ocorrerem sem intercorrências, o acompanhamento pré-natal é fundamental para a saúde da mãe e do neonato e requer atenção para além de aspectos clínico-obstétricos, questões psicológicas e socioculturais.

As desigualdades sociais também influenciam no acesso da população aos serviços de saúde. Contradizendo a Constituição Brasileira, em que é garantido o direito de todos os brasileiros usufruírem os serviços de saúde, ainda persistem as desigualdades de acesso

relacionadas à condição social do usuário, no sistema de saúde do país. Torna-se, portanto, um desafio conjunto do Conselho Nacional de Saúde e da sociedade para a construção da equidade no SUS, política esta, de caminhada lenta, que dificulta sua efetivação. Relacionadas principalmente às condições da saúde brasileira, persistem a iniquidade e desigualdade na oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho, habitação, segurança, saneamento, lazer, entre outros (BRASIL, 2002).

Considerando que a população, esteja ela localizada na zona rural ou urbana, pode ser marcada por diferentes normas sociais, culturais e direitos, além de características sociodemográficas e econômicas, sendo estas duas últimas características mais evidentes na população rural, mas que podem representar dificuldades para o exercício pleno da autonomia reprodutiva e conseqüentemente o alcance da saúde sexual e reprodutiva (BOGALE et al., 2011).

A exemplo de comunidades rurais, podemos citar as comunidades quilombolas. É estimado que existe cerca de três mil comunidades quilombolas distribuídas no Brasil, contudo menos da metade está catalogada, sendo que este tipo de comunidade se refere a uma população rural negra afro-brasileira, nomeada de quilombolas ou quilombos contemporâneos, incluídas em um dos grandes grupos sociais emergenciais da comunidade brasileira e que vêm resistindo às influências externas e lutando pela inclusão social por meio das ações de atenção integral (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

As comunidades quilombolas vivenciam situações de vulnerabilidade social e de saúde tanto pelo isolamento geográfico como pelas condições socioeconômicas, demográficas e ambientais. A realidade da atual situação de saúde dessa população se dá pela interação de processos históricos com vulnerabilidades contemporâneas. Assim, a carência de serviços de saúde e a condição histórica de exclusão social constituem importantes fatores condicionantes de vulnerabilidade, favorecendo a instalação de diversos agravos à saúde (GUERRERO, 2010).

As mulheres quilombolas apresentam vulnerabilidades devido à falta de atuação mais contundente para as práticas de saúde, sendo mais evidente em grupos quilombolas que estão localizadas em territórios de difícil acesso aos serviços de saúde por serem de áreas predominantemente rurais (PRATES et al., 2014).

Quando se trata da vida das mulheres quilombolas, estas condições de vulnerabilidade tornam-se ainda mais presentes já que estas carregam consigo, ao menos, dois marcadores de opressão que determinam suas experiências de desigualdades: ser mulher e negra (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

O processo de escravidão a que esta população foi exposta, provocou muitos problemas o que ocasionou como resultado as desigualdades sociais e dificuldades relacionadas ao acesso nos serviços de saúde (BEZERRA, et al., 2014), o que vai de encontro o que é preconizado pelo SUS e os seus princípios voltados a igualdade, equidade e a universalidade (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Estas situações acabam proporcionando a ineficiência a assistência entre as mulheres quilombolas, as práticas voltadas para cuidados voltados a saúde da mulher, tais como, ginecológicas e obstétricas (BEZERRA, et al., 2014), o que proporciona consequências negativas a saúde reprodutiva (DOMINGUES et al., 2013), situações estas também geradas pelas condições sociodemográficas, como exemplo, o baixo nível de escolaridade (FRAGA; SANINO, 2014).

As adversidades históricas trouxeram para a população negra desvantagens no âmbito social principalmente pelas dificuldades de acesso à saúde, ao emprego, à educação, e à habitação de qualidade, as persistência de iniquidades sociais e de saúde ocorre em virtude dos efeitos do preconceito étnico-racial bem como pelas limitações sociais (MONTEIRO, 2004).

Historicamente, a mulher negra ocupa a última posição social na sociedade brasileira além disso é considerada triplamente discriminada: por ser mulher, ser negra e pela sua classe social (OLIVEIRA, 2006).

Considerando os dados socioeconômicos do documento Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à saúde das Mulheres Negras (BRASIL, 2005a), a maioria das mulheres negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação: taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica seja no pré-natal, parto ou puerpério; e maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças.

A criação em 2006 da Política Nacional de Saúde Integral de População Negra (PNSIPN), foi uma resposta do Estado para responder às pressões dos movimentos negros atender a população negra remanescente de quilombo com o intuito de garantir maior equidade à efetivação ao direito humano à saúde em seus aspectos de atenção, promoção, prevenção, tratamento e recuperação de agravos e doenças (BRASIL, 2007).

Outras estratégias para inclusão da população negra quilombola foram implantadas, como: Programa Brasil Quilombola (PBQ) lançado em 2004 e o Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas – criado em 2013. Entretanto, por mais que tenhamos tido avanços,

ainda assim, verificamos dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola.

Mulheres quilombolas têm dificuldade de acesso às políticas públicas. Dessa maneira, as desigualdades sociais nas condições de saúde, no acesso e utilização de serviços expressam oportunidades diferenciadas em função da sua posição social e caracterizam situação de iniquidades (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

As desigualdades históricas vivenciadas pela população negra têm relação direta com a saúde e o bem-estar desse grupo social, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde que as atendem, sobretudo essas pessoas, ainda possui uma situação precária (SILVA, 2019).

Além disso, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e falta de práticas preventivas é uma realidade vivenciada pela população negra. Nesse sentido, considerando a desigualdade de gênero e o racismo como fatores de vulnerabilidade para as mulheres, e com maior risco de aparecimento de agravos à saúde da mulher negra é preciso realização de intervenções na área da saúde aliando estratégias de Promoção da Saúde no fortalecimento e empoderamento feminino. (DURAND; HEIDEMANN, 2020).

Riscado, Oliveira e Brito (2010), em estudo realizado em Alagoas com mulheres quilombolas revelou as precárias condições de vida bem como dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a falta de prática preventiva para as doenças sexualmente transmissíveis. Evidenciou-se também que essas mulheres são vítimas de preconceito racial e estão expostas a violência doméstica em níveis físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral.

A violência exercida sobre a mulher negra em nível doméstico, racial e institucional se constitui em um fenômeno que avilta a dignidade da mulher, ao tempo em que se estabelece uma violação focada duplamente, pela saúde pública e pelos direitos humanos da mulher como cidadã (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Estudo realizado por Marques et al (2014), revela que os serviços de saúde destinados à população quilombola, no que concerne aos atributos da atenção primária, não estão adequadamente presentes no processo assistencial. Nesse sentido, as condições de saúde de uma comunidade são fruto de uma complexa interação de fatores onde as dificuldades socioeconômicas e a vulnerabilidade retrata a perversa iniquidade a que estão submetidos os quilombolas.

Existe uma discussão sobre a saúde das mulheres negras por essas poderem apresentar doenças que prevalecem mais nessa população, a exemplo da pré-disposição genética à hipertensão arterial, que no Brasil é a principal causa de morte materna e neonatal, responsável por um terço dessas mortes, anemia falciforme e outras (SILVA, 2019).

Mesmo diante dos tensionamentos e contradições, a luta por reconhecimento não se finda na conquista da afirmação identitária quilombola, é preciso traçar objetivos políticos que garantam a efetividade dos direitos e a visibilidade dos modos de vida das mulheres negras quilombolas (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

Devido a estas situações citadas, em conjunto com a discriminação social e racismo institucional, as mulheres negras estão mais vulneráveis as IST's, ao início precoce a atividade sexual e práticas inseguras, o que acaba tomando uma proporção maior ainda devido à falta de políticas públicas voltadas para esta população (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013).

O racismo institucional é um dos pontos que necessita de mais discussão entre as políticas públicas. Estudos relatam que no atendimento diferenciado pelos profissionais de saúde em relação a raça, acaba proporcionando durante a consulta, assistência inadequada ou o uso de palavras pejorativa as mulheres negras (DOMINGUES, et al., 2013).

Na situação da suscetibilidade para IST's e outras questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva, um estudo realizado com 27 mulheres quilombolas, foi observado na avaliação da história sexual e reprodutiva que 63% das mulheres negras entrevistadas, tiveram a menarca entre 12 e 13 anos de idade. No que diz respeito à primeira relação sexual, observou-se que essa prática se iniciou entre 16 e 19 anos (48,1%) e nenhuma delas fazia uso do método anticoncepcional e apenas 33,0% usavam preservativos em todas as relações sexuais, 63% das entrevistadas tiveram a menarca entre 12 e 13 anos de idade. Sobre a história de câncer na família 33,3% das mulheres afirmaram ter caso de câncer de mama na família e 11,1% de câncer de ovário (SOUZA, 2017).

Entre tantos resultados ruins à saúde destas mulheres a essas situações citadas, a exemplo, podemos apontar a exposição para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). As IST's, são comumente mais referenciadas nos estudos na população mais pobres, o que pode ocasionar mais dificuldade para ter acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento adequado, o que pode intensificar o risco de adquirir HIV (SANTOS, 2016).

Estes dados apontam a necessidade urgente de um maior apoio de políticas públicas que possam auxiliar as mulheres quilombolas em diversos aspectos da vida sexual e reprodutiva. O que torna mais preocupante, as mulheres negras são as mais marginalizadas devido a sua raça, pelo simples fato de ser mulher, sua classe social, à vista disso, acaba comprometendo seus direitos de ter acesso de forma digna a uma saúde de qualidade (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014).

Diante do relatado, a comunidade quilombola está exposta a diversas formas de vulnerabilidade social, decorrente da desigualdades social, discriminação racial e características

socioeconômicas, o que pode refletir diretamente sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas e na exclusão de uma população que há necessidade mais evidente de atenção à saúde da mulher devido ao distanciamento da atuação de políticas públicas.

3.3 INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E GERAÇÃO E A AUTONOMIA REPRODUTIVA DE MULHERES NEGRAS

Durante muito tempo a população negra quilombola permaneceu na invisibilidade sem que fossem garantido seus direitos de acesso à assistência à saúde, a educação, cultura, renda e os direitos à terra. Quando se analisa na perspectiva da raça/etnia, a falta de acesso a essas políticas, provocam e agravam as desigualdades gerando assim as disparidades étnicoraciais impedindo que esses direitos contemplados na Constituição brasileira sejam garantidos a esta população.

A definição de quilombolas não está atrelada apenas a forma de ser camponesa, ela está vinculada às categorias étnico-racial e de gênero. E nessa condição, a identidade quilombola define-se pelas relações de poder que se lançam sobre os quilombos, como necessidade política de construir para si formas de enfrentamento às forças hegemônicas (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

Oriunda de um movimento histórico de escravidão, opressão e exclusão, a discriminação racial ainda perpetua na atual sociedade o que implica em desigualdades no acesso aos serviços de saúde pelas mulheres negras.

Existem diferenças entre as mulheres pela interseccionalidade e sendo assim, gênero não pode ser considerado como o único eixo de diferenciação social. Estudos em antropologia abordam a importância em reconhecer que as sociedades não tenham um único modelo ou único discurso de gênero e relações de gênero. Reconhecer essa multiplicidade de discursos proporciona uma nova direção à análise de gênero (MOORE, 1997).

Vivências interseccionais de opressão e de violência experienciada pela mulher negra no quilombo apontam como tendo um corpo mais forte capaz de aguentar mais atividades e outros afazeres. Tais concepções naturalizantes tornam a mulher negra quilombola instrumento de uma racionalidade que justifica a violência sofrida (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

A noção de interseccionalidade começou a ser discutida nos anos 60, entretanto só ganhou visibilidade nas décadas de 1970 e 1980 quando o movimento feminista negro tomou maiores proporções. A definição de interseccionalidade segundo Crenshaw (2002 p. 177),

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas de interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Para Nogueira (2013), os marcadores gênero, raça/etnia, classe, sexualidade, opressão estão de modo articulados e entrelaçados na constituição das desigualdades sociais. Essa perspectiva de cruzamento dessas categorias denomina de interseccionalidade.

Marcadores sociais de gênero e de raça/etnia incidem sobre as vivências de desigualdade das mulheres quilombolas, sobrepondo sobre suas vidas alguns marcadores sociais de opressão que configuram sua condição de vida entre experiências raciais e de gênero (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

A violência contra as mulheres baseada na raça ou na etnia é o exemplo mais conhecido de opressão interseccional, essa longa história de violência não está relegada a um passado distante, essa vulnerabilidade assume papel em diversos conflitos e contextos na qual essa mulher está inserida concretizando uma violação explícita de gênero e violações de direitos humanos quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas (CRENSHAW, 2002).

Interligadas às diferentes dimensões de reconhecimento de si e do outro, a liberdade, violência, racismo e discriminações são necessárias aos grupos na vida cotidiana, pois permitem a compreensão de como se dá a exclusão de direitos e seus efeitos no cotidiano (SOUZAS, 2015).

Mulheres negras quilombolas experienciam uma duplicidade de vidas oriundas de suas vivências enquanto ser mulher e negra. Retomam o seu pertencimento étnico-racial e territorial como possibilidade de reconhecimento junto aos seus iguais, como lugar de reprodução da vida e invenção de seus modos de ser e existir, e ao mesmo tempo, este mesmo pertencimento, quando interpelado por relações de dominação/opressão, as lançam em experiências de desigualdade que estão marcadas em suas memórias (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

No Brasil, ser negra e mulher é ser objeto de tripla discriminação, visto que os estereótipos gerados pelo racismo e sexismo a colocam no mais baixo nível de opressão (GONZALEZ, 2018).

As mulheres negras sofrem discriminação interseccionalizada de raça e gênero e as compactam e impactam diretamente. A discriminação afeta as mulheres negras de três formas: discriminação contra grupos específicos; a mista ou composta e a estrutural. A discriminação contra grupos específicos é um tipo de discriminação que procura mulheres específicas que são interseccionais; a discriminação mista ou composta é o efeito combinado da discriminação racial e da discriminação de gênero, e o tipo estrutural ocorre quando não há qualquer discriminação ativa onde o peso combinado das estruturas de raça e das estruturas de gênero marginaliza as mulheres que estão na base (CRENSHAW, 2004).

Contextos econômicos, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação, nesse sentido, a discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada e para apreender a discriminação como um problema interseccional, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, precisam ser consideradas como fatores que contribuem para a produção da subordinação (CRENSHAW, 2002).

Considerando as mulheres negras e quilombolas como sujeitos de sua própria história, enfocamos a construção de si e do outro face ao necessário “reconhecimento” para a construção de identidades autônomas e autodeterminadas (SOUZAS, 2015).

É importante ressaltar que as desigualdades históricas vivenciadas pela população negra impacta diretamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Contudo, a forma como vivenciam a discriminação de gênero pode ser distintas entre mulheres em virtude de outros fatores relacionados a suas identidades sociais. Com isso, diante de diversas situações de desigualdades vivenciadas, as mulheres têm lutado pela busca em transformar a realidade que vivem.

A noção de raça tem sido fundamental na organização dos princípios da sociedade. Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidos em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida (LOPES, 2005).

A raça é uma construção social que trata das identidades sociais fazendo sentindo em contexto histórico visto que é impossível definir geneticamente raças humanas. Consideramos que são discursos sobre as origens de um grupo, que usam termos que remetem à transmissão de traços fisionômicos, qualidades morais, intelectuais, psicológicas (GUIMARÃES, 2003)

Etnia diz respeito à construção simbólico-cultural de elementos que ligam o sujeito ao mesmo grupo, por exemplo, um mito, uma língua, uma religião. A raça é constitutiva de diferenças que hierarquizam e localizam os sujeitos na sociedade em lugares diferentes, refere-se à materialidade do corpo expressa pelo fenótipo (SILVA; MENEZES, 2018).

Enquanto discurso de exclusão e caracterizado como construção ideológica, o racismo passou por um processo de perpetuação e reforço após a abolição da escravatura e tem sido perpetuado e reinterpretado de acordo com os interesses dos que deles se beneficiam (GONZALEZ, 2018).

O racismo não é biológico, ele é discursivo (KILOMBA, 2019). O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e as relações entre as pessoas (BRASIL, 2013a).

O racismo não é apenas um fenômeno ideológico, é uma combinação de preconceito e poder. O racismo institucional ocorre quando tratamento se dá de forma desigual onde os sujeitos brancos têm mais vantagens em relação a outros grupos racializados; o racismo estrutural exclui pessoas negras da maioria das estruturas sociais e políticas e o racismo cotidiano refere-se a todo vocabulário, discurso, imagens, gestos, ações e olhares que coloquem o negro como personificação dos aspectos reprimidos (KILOMBA, 2019).

O racismo e as iniquidades raciais têm gerado muitos impactos na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência (WERNECK, 2016).

O reconhecimento do racismo, conquistado no plano político, como um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida, ainda não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (WERNECK, 2016).

O racismo é uma decorrência da própria estrutura social com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e a familiares e como processo histórico e político, cria condições sociais para racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. Nesse sentido, o racismo é sempre estrutural, ou seja, ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade (ALMEIDA, 2019).

Assim, a discriminação racial está frequentemente associada à discriminação de gênero visto que mulheres negras têm menos oportunidade e acesso à educação e sendo assim são

inseridas nas posições menos qualificadas de mercado. O que de fato implica em ausência de informação, conhecimento e acesso aos serviços de saúde (CORDEIRO; FERREIRA, 2009).

Considerado como condição histórica, o racismo traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2013a).

Marcadores sociais de gênero e de raça/etnia incidem sobre as vivências de desigualdade das mulheres quilombolas, sobrepondo sobre suas vidas alguns marcadores sociais de opressão que configuram sua condição de vida entre experiências raciais e de gênero (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

As experiências de desigualdade vividas pelas mulheres quilombolas e a negação de seus direitos básicos são cotidianamente atravessados por esta intersecção racial e de gênero, bem como as suas formas de expressão socioculturais e modos políticos de resistência, que permitem sua organização coletiva e insurgências subjetivas (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

A ampliação dos direitos humanos das mulheres nunca esteve tão evidente como nas determinações referentes à incorporação da perspectiva de gênero, ainda assim, muitas vivenciam a discriminação de gênero. Entretanto, outros fatores como cor, raça, classe, etnia moldam e controlam a vida dessas mulheres repercutindo no modo como vivenciam a discriminação. Desse modo, a subordinação interseccional de mulheres racialmente marcadas passa despercebida gerando problemas exclusivos a determinados grupos de mulheres (CRENSHAW, 2002).

Para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira (BRASIL, 2013a).

Mesmo com o avanço da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal), observa-se que a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2005).

Entendendo que o reconhecimento de si e do outro é necessário para uma vida livre e plena de direitos, a vivência do racismo por mulheres quilombolas é extremamente dolorosa quando esta ocorre nas relações afetivas mais próximas. É importante ressaltar que a desqualificação de si pelo outro pode destruir vínculos afetivos e afetividades, e sentimentos de (auto)confiança (SOUZAS, 2015).

A mulher quilombola, dentro da frágil estrutura das comunidades, desempenha diversos papéis importantes para a sobrevivência de seu povo, sua cultura e da própria subsistência de seus descendentes. Por serem racialmente marcadas, as mulheres quilombolas, sofrem com o que se pode chamar de subordinação interseccional, pois têm suas vidas moldadas e controladas pelos nexos de gênero, raça, cor, etnia e outros eixos de subordinação (SOUZA; ARAÚJO, 2014).

As relações de gênero e raça, construídas historicamente, produzem profundas exclusões limitando os direitos de escolhas das mulheres negras principalmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo bem como condições socioeconômicas e culturais as limitam e as restringem o acesso aos serviços de saúde.

O conceito de gênero surge na década de 1970 com o objetivo de contribuir teoricamente para o campo de estudos no que se refere a desigualdades entre mulheres e homens. As relações de gênero como conceito científico está intrinsecamente ligado à história do movimento feminista e a categoria gênero surge pelas teóricas do feminismo contemporâneo, pautando a condição da mulher nas sociedades sob a perspectiva de compreender e responder a situação de desigualdade entre os sexos e sua interferência nas relações sociais.

A construção de gênero se dá através da dinâmica das relações sociais e pode ser compreendida como um processo infinito de modelagem-conquista dos seres humanos que só se constroem em relação com os outros. Não se trata de uma relação diádica de oposição e sim é a totalidade formada pelo corpo, pelo intelecto, pela emoção, pelo caráter do EU, que entra em relação com o Outro (SAFFIOTI, 1992).

O conceito de gênero, não se configura apenas como uma categoria descritiva de diferença entre pessoas, ele é utilizado principalmente para pensar as relações de poder entre homens e mulheres e a construção dos gêneros não é fixa, essa se dá através da dinâmica das relações sociais (SILVA; JÚNIOR, 2014). Foi criado para opor-se a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social (SCOTT, 1990).

O conceito de gênero foi elaborado em um momento específico da história das teorias sociais sobre a “diferença sexual”. É importante perceber que esse conceito desenvolvido no

seio do pensamento feminista, foi inovador. Em vários lugares as mulheres conseguiram romper com algumas das expressões mais agudas de sua desigualdade em termos formais ou legais, principalmente no que se refere ao direito ao voto, acesso à educação e à propriedade (PISCITELLI, 2002).

O termo "gênero" surgiu como categoria de análise das diferenças entre homens e mulheres. Porém, a distinção entre sexo e gênero refuta o determinismo biológico como justificativa para as desigualdades sociais entre mulheres e homens.

A distinção entre sexo e gênero revelou-se muito proveitosa para as ciências sociais é a análise das desigualdades de gênero. A questão imediata levantada pela análise intercultural é como dar conta da enorme variabilidade de entendimentos locais de gênero e relações de gênero, no contexto do que parece ser a subordinação universal das mulheres em relação aos homens (MOORE, 1997).

Para algumas correntes feministas, a existência da subordinação feminina é decorrente da maneira como a mulher é construída socialmente. Alterar a maneira de como são percebidas seria possível mudar o espaço social ocupado por elas, nesse sentido são criadas estratégias para acabar com a sua subordinação bem como as feministas trabalharam para explicar as causas originais dessa subordinação (PISCITELLI, 2002).

O pensamento feminista tenta definir a mulher com base em experiências tidas como universais. A maternidade como a experiência central na identidade das mulheres e a sexualidade entendida como forma de poder que transforma a mulher em objeto sexual do homem (BAIRROS, 1995).

Opressão pode significar fenômeno de dominação ou da exploração, desse modo não concebe a sexualidade como modelada no seio da família, mas como resultante do processo de conquista-imposição da identidade de gênero derivando relações que impregnam todas as esferas da vida social (SAFFIOTI, 1992).

As experiências das mulheres eram prova de sua opressão e sendo assim, a opressão feminina devia ser mapeada no espaço em que as mulheres a viviam, ou seja, nas suas vidas cotidianas (PISCITELLI, 2002).

As causas originais da opressão feminina podem ser observadas em diversas vertentes do feminismo. No feminismo socialista, a divisão de trabalho baseada no sexo implicou desigualdade ou opressão sexual apenas no momento em que surgiram as classes sociais baseada na propriedade privada onde o problema estaria no surgimento das classes sociais baseadas na propriedade privada e não a reprodução. Para o feminismo radical, as causas da opressão feminina estão na reprodução e considera que para libertar as mulheres é necessário

derrotar o patriarcado e para que isso seja possível, as mulheres precisam adquirir o controle sobre a reprodução (PISCITIELLI, 2002).

As mulheres se tornam prisioneiras da biologia devido o papel que desempenham no processo reprodutivo. Essa subordinação feminina origina na dominação que homens exercem sobre mulheres sendo explicada pelos papéis desempenhados na reprodução da espécie e como resultado dessa subordinação as mulheres são forçadas a depender dos homens pelo caráter reprodutivo. Para assegurar a eliminação das classes sexuais é preciso a tomada de controle da reprodução com a restituição às mulheres da propriedade de seus próprios corpos, bem como, controle feminino da fertilidade humana (FIRESTONE, 1976).

O avanço dos estudos das relações de gênero é fruto da contribuição do feminismo radical. As contribuições das feministas estão quando colocam em pauta as relações de gênero através do amplo uso do termo patriarcado. As relações de gênero refletem concepções de gênero internalizadas por homens e mulheres uma vez que essas relações não derivam de características inerentes ao macho e à fêmea que se complementam na cópula procriadora (SAFFIOTI, 1992).

As teóricas do patriarcado têm dirigido sua atenção à subordinação das mulheres e encontrado a explicação dessa subordinação na necessidade masculina de dominar as mulheres e questionam a desigualdade entre os homens e as mulheres. Se a reprodução era a chave do patriarcado para algumas, para outras a resposta se encontrava na própria sexualidade (SCOTT, 1990).

O pensamento feminista buscou no patriarcado história da opressão das mulheres, a explicação da origem e causas da subordinação feminina. Este conceito foi considerado importante em mostrar que a subordinação feminina e em distinguir forças específicas na manutenção do sexismo com objetivo de demonstrar que essa subordinação não é algo natural o que faz disso possível de ser combatida. Entretanto, o uso do termo patriarcado fora de seu real contexto dificulta a compreensão das relações sociais que organizam as formas de discriminação (PISCITIELLI, 2002).

Críticas aos limites da noção de gênero foram e continuam sendo delineadas com base em distintas experiências de opressão de mulheres do Terceiro Mundo, negras, lésbicas e trabalhadoras que denunciaram o feminismo que desconsideraram e desqualificaram a pluralidade e a diversidade das mulheres. A partir da introdução do debate do colonialismo, do racismo e da sexualidade outras críticas foram feitas à noção de gênero (MAYORGA et al., 2013).

Gênero é uma construção social que afeta ambos os sexos e por causa de seu status subordinado, as mulheres são consideradas mais vulneráveis e privadas de seus direitos, autonomia e liderança afetando as perspectivas de sua vida, principalmente com relação aos comportamentos reprodutivos (RIZVI et al, 2014). A saúde das mulheres e de seus filhos é em grande parte prejudicada por papéis culturalmente e socialmente determinados para as mulheres (ADHIKARI; SAWANGDEE, 2011).

As categorias de gênero e raça-etnia incidem nas vivências das mulheres quilombolas, por vezes, invisibilizando suas experiências de opressão, por naturalizar os papéis exercidos por elas socialmente no seio de suas comunidades (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

Como já exposto, mulheres quilombolas vivem em um contexto social e culturalmente conservador e desigual em termos de relações de gênero em considerar a autonomia das mulheres. Normas culturais são moldadas e reforçadas dentro das famílias e comunidades (HOLLIDAY et al., 2017).

Podemos considerar que a construção da categoria de gênero foi e ainda continua sendo importante para os estudos feministas. O conceito gênero foi desenvolvido e reformulado a partir da relação entre teoria social e interesses feministas. Entretanto, torna-se necessário considerar as relações de gênero de forma mais ampla do que interações sociais entre mulheres e homens de modo a permitir compreender e incluir diversas maneiras de se viver as feminilidades e as masculinidades socialmente construídas.

É importante a problematização de gênero, pois reconhece e valoriza todas as conquistas que possibilitou ao feminismo, mas é necessário também reconhecer as limitações de gênero, fazendo com que conviva com outras formas de análise e luta. O entendimento das identidades e desigualdades de gênero é fruto da reflexão sobre as relações de gênero e poder.

O reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos constitui-se em princípio fundamental para a reconstrução do discurso de direitos. Com esse reconhecimento, diferenças de gênero, geração, classe, cultura e outras passam a ser consideradas, ao mesmo tempo em que são reconhecidas as necessidades sociais. A partir daí, são gerados instrumentos políticos e normativos com o objetivo de intervir no grave quadro de desigualdades e permitir o exercício e acesso igualitário dos direitos reconhecidos por todos (VENTURA, 2004).

A efetivação da autonomia reprodutiva da mulher aponta a importância de se aprofundar a discussão, principalmente, voltada para grupos populacionais com maior vulnerabilidade socioeconômica (SCOT et al., 2016), como é o caso das mulheres quilombolas. A cultura das

comunidades quilombolas é embasada em normas sociais e culturais e que poderá ser repassada de mães para filhas em diversos aspectos, devido a questão do sexismo, patriarcado e gênero.

As desigualdades de gênero no sistema de saúde têm efeitos diretos sobre os comportamentos de busca de cuidados de saúde. As estratégias para promover os interesses das mulheres, juntamente com o atendimento de suas necessidades práticas, estabeleceriam as bases para o empoderamento das mulheres, de modo que elas podem desafiar e mudar os sistemas locais de gênero (RIZVI et al, 2014). A procura de cuidados de saúde inadequada ou atrasada pode levar a resultados indesejáveis, fertilidade elevada, gravidezes indesejadas, complicações médicas e maior susceptibilidade a futuras doenças entre mulheres (RIZVI et al, 2014). Para apoiar a autonomia reprodutiva e a saúde das mulheres, devemos também considerar que a promoção e aceitação ocorre em contextos sociais e políticos que historicamente e atualmente subjagam mulheres e mulheres de baixa renda (GOMEZ et al, 2014).

Um estudo realizado, demonstrou que a mortalidade infantil é significativamente menor entre as mães que estavam envolvidas nas decisões sobre seus próprios cuidados de saúde em comparação com aqueles que não o eram. Evidenciou, portanto, que as mães alfabetizadas têm uma menor experiência de mortes infantis. Fato este, relacionado a capacidade de acessar os serviços de saúde disponíveis além de serem capazes de alterar os equilíbrios tradicionais de poder e autonomia nas relações familiares, com efeitos profundos no cuidado da criança (ADHIKARI; SAWANGDEE, 2011).

Os determinantes de atributos, circunstâncias e repercussões podem ser utilizados para o desenvolvimento de estratégias e intervenções que possam promover a igualdade de gênero melhorando a vida das mulheres, incluindo a saúde. Propondo uma estratégia de três frentes:

(1) esforços de defesa de causa para convencer os formuladores de políticas a desenvolver políticas sensíveis ao gênero; (2) concepção de programas, intervenções e serviços, tendo em vista os fatores socioculturais que influenciam os serviços de saúde e de saúde; e (3) comportamento e mudança de atitude nos níveis individual, familiar e comunitário para criar um ambiente favorável onde as mulheres possam negociar para exercer seu direito à saúde e desafiar sua negligência institucionalizada (RIZVI et al, 2014, p. 7).

A desigualdade de gênero é o principal determinante dos resultados de saúde sexual e reprodutiva. Ressalta-se que o poder de gênero e os papéis nas relações íntimas com parceiros afetam o empoderamento sexual e reprodutivo (UPADHYAY et al., 2020).

É imprescindível a reconstrução das trajetórias sociais das gerações anteriores para uma análise e compreensão das ações coletivas empreendidas pelas novas gerações, bem como dos

desafios que as mesmas enfrentam. Tendo em vista que o conceito de gerações indicam as diferenças de classe e as desigualdades de gênero, étnicoraciais, culturais e geracionais (BRITO DA MOTTA; WELLER, 2010).

Assim, o tempo das gerações tem um sentido eminentemente social e histórico sendo parte essencial da dinâmica coletiva. Contudo, como geração, os indivíduos se reconhecem como projeção coletiva de modo que vários grupos se identificam como construtores de cultura ou de mudança política, em determinados momentos históricos (BRITO DA MOTTA, 2002).

Nesta perspectiva, o início de uma geração é marcado por descontinuidades importantes até então dominantes em determinada época histórica. Portanto, o curso da vida e a experiência histórica são considerados dois tempos diferentes e sincronizados que origina as gerações. O tempo biográfico e o tempo histórico fundem-se e transformam-se criando desse modo uma geração social. Novamente, o tempo histórico-social e seus ritmos é visto como central para a definição das novas gerações e identidades sociais (FEIXA; LECCARDI, 2010).

Neste estudo, a geração é constituída por vivências históricas comuns, entretanto mesmo que mães e filhas pertençam há um mesmo território, a interseccionalidade de classe, raça/etnia e gênero possibilita vivenciar diferentes reflexões.

3.4 TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL E A IMPORTÂNCIA DA MULHER NEGRA NAS DECISÕES REPRODUTIVAS

Mesmo que diferentes gerações vivam num mesmo tempo, todas encontram-se em eras subjetiva e qualitativamente diferentes, uma vez que numa sociedade convivem pessoas com uma mesma idade e com idades diferentes e para cada uma delas o “presente” é um momento diferente. Experimentado diferentemente por pessoas de várias gerações que estão vivenciando diferentes etapas de desenvolvimento, cada momento do tempo é mais do que um acontecimento pontual (BORGES; MAGALHÃES, 2011).

A maioria das mães/pais para criar suas/seus filhas/filhos, levam muitas vezes em consideração as suas tradições, assim os modelos são compartilhados culturalmente sobre o que as crianças devem aprender em pontos específicos para a vida adulta. Este contexto de desenvolvimento das/os filhas/filhos é moldado por fatores de posição social, incluindo raça, etnia, classe e gênero, em especial, a imagem influente da cultura negra, considerando que a identidade racial e o gênero interagem para criar uma experiência única (OSHIN; MILAN, 2019).

Cabe às mães como papel socialmente construído, o cuidado à família e de modo particular às filhas e filhos o que lhe confere um papel de destaque no processo de socialização. Quando exerce o seu papel educativo e quando atua enquanto modelo, elas influenciam tanto nos valores como as atitudes (ANDRADE, 2012).

A aceleração das mudanças socioculturais, tecnológicas, econômicas entre outras, traduz-se nas relações intergeracionais acentuando as distinções entre as gerações, mas também, favorecendo uma inversão nos processos de socialização e de transmissão de saberes e valores de geração a geração. O vínculo intergeracional, também, se constitui pela conjugação de dois opostos, diferença e igualdade, graças ao fato de se poder encontrar semelhança entre as pessoas de diferentes gerações (BORGES; MAGALHÃES, 2011).

Como exemplo da cultura negra, podemos citar investigações na literatura científica que envolve a comunidade quilombola, um grupo social afro-brasileiro descendentes de escravos, que vive na grande maioria em áreas rurais e que mantém vinculação com a cultura negra (BARROSO et al., 2015).

As transformações geracionais não podem ser reduzidas simplesmente à determinação biológica do nascimento, mas da intersecção deste evento aliado à posição social e aos tensionamentos políticos que atravessam os sujeitos e as coletividades em uma determinada época (FERNANDES; GALINDO; VALENCIA, 2020).

Assim, mães e pais transmitem aos filhos um conhecimento prático que contribuirá na tomada decisões para a sua vida. Contudo observamos a importância das relações mãe-filha na transmissão de atitudes em relação aos papéis de gênero e ao modo como estes vão interceptar a articulação da vida familiar, pessoal e profissional das jovens mulheres (ANDRADE, 2012).

O Brasil possui muitas comunidades quilombolas e as mulheres têm grande destaque, pois geralmente são responsáveis pela perpetuação e propagação da história e cultura africana para as novas gerações, o intuito é que os costumes, crenças e a valorização étnico-racial que foram construídos, sirvam de referencial sociocultural e valorização da identidade do grupo quilombola, não permitindo que seja esquecido (SAMPAIO; PACHECO, 2015).

Percebemos desta forma que a mulher quilombola tem um papel fundamental, pois mesmo enfrentando a subordinação, segregação, vulnerabilidade, patriarcado e racismo (SAMPAIO; PACHECO, 2015) busca a todo momento manter a resiliência para a preservação e consolidação da sua cultura (DURAND; HEIDMEN, 2018), fundamentado em seus antecedentes históricos, vínculos e ancestralidade negra (FERREIRA et al., 2017).

A vulnerabilidade social a esta comunidade refere-se a características e práticas peculiares a determinados grupos e que poderá ter um aproveitamento inapropriado para o

restante da sociedade, inclusive entre as mulheres, pois estas fazem parte de um grupo que sofre preconceito, desprezo e discriminação, buscando assim, reivindicações por seus direitos (DURAND; HEIDMEN, 2018).

O ponto forte entre comunidades quilombolas, é a interseccionalidade entre a identidade racial e gênero, especialmente mães e filhas negras, sendo evidente na socialização parental, dois pontos específicos, a imagem influente de gênero, à luz das demandas contextuais históricas, levando em consideração a escravidão, a separação dos seus parceiros masculinos, exigindo que as mulheres negras assumissem múltiplos papéis, o segundo, a força de resistência à vulnerabilidade e a crença (OSHIN; MILAN, 2019).

A perspectiva das gerações pode ser muito interessante para a análise das relações estabelecidas, visto que reunimos na família pessoas que vêm de tempos diferentes, que nasceram e cresceram em momentos distintos e, por isso percebem e sentem os acontecimentos do presente de maneiras diferentes. Devido à aceleração das mudanças socioculturais, as pessoas de diferentes gerações (avós, filhos e netos) podem estar referenciadas a realidades muito diferentes. O que se observa é que essas três gerações sofrem as influências contemporâneas simultaneamente, embora cada uma delas as experimente de forma diferente, de modo singular, já que isso também depende de processos subjetivos individuais (BORGES; MAGALHÃES, 2011).

A transmissão intergeracional pode sofrer influências de modelos educativos. É perceptível que as atitudes tradicionais e igualitárias em relação aos papéis de gênero das mães influenciam as atitudes tradicionais das filhas (ANDRADE, 2012).

Para que possamos entender o processo de continuidade de tradições entre famílias, em especial em mulheres negras, inclusive entre aspectos culturais e socialização parental, é necessário entender vários contextos, incluindo o processo de socialização e relação intergeracional, que serão descritos a seguir.

A socialização das/dos filhas/filhos e valores a serem seguidos na família de comunidades negras é perpetuada por meio de múltiplos agentes de socialização, incluindo instituições sociais, mídia e família, mas as mães têm considerável peso neste processo. Mulheres negras relatam que socializar as meninas, é ensiná-las a lidar com o racismo e o sexismo, desta forma, as filhas aprendem desde cedo, no âmbito familiar, sobre a importância da autoconfiança, força e autoconfiança na família, inclusive mantendo as tradições (OSHIN; MILAN, 2019).

Este processo de socialização é entendido como transmissão intergeracional que diz respeito a atitudes e valores transmitidos por mães/pais para filhas/filhos, no convívio diário, e

que ocorrem de forma direta, que se dá pela transmissão de valores e comportamentos através do processo de socialização da família; e por forma indireta, ocorre quando a transmissão ocorre mediante referências baseadas em normas impostas pela sociedade sendo estas compartilhadas entre pais e/ou mães e seus filhos/filhas (ANDRADE, 2012).

No entanto existe outras possibilidades de socialização entre pais/mães e filhos/filhas, através da socialização primária e a secundária. Na forma primária, a semelhança entre gerações tem ocorrido em decorrência da socialização, que compreende o processo de modelagem da sociedade, da qual pai/mãe serve de modelo de aprendizado e por meio de interações, repassam seus valores e comportamentos para filhas/filhos por socialização familiar, de forma precoce, duradoura e acentuada. A forma secundária, envolve grupos religiosos, escolas, grupos políticos, entre outros (LAHIRE, 2015).

Andrade (2012), chama atenção para as consequências da socialização, que poderão ocorrer com implicações negativas ou positivas, a partir da adoção de comportamentos que foram observados do indivíduo que serviu de modelo, poderá determinar o que o indivíduo retém deste modelo, intensificando ou impedindo a replicação de comportamentos e atitudes.

Embora a educação entre gerações seja diversas, esses dois fenômenos sociais se encontram intrinsecamente ligados em função da necessidade de cada geração transmitir aos seus sucessores aquilo que considera fundamental para a preservação e continuidade da sua herança. Por outro lado, o próprio fenômeno geracional pode provocar mudanças tanto nos modos de se educar as novas gerações, quanto no que deve ou não ser transmitido de uma geração a outra (TOMIZAKI, 2010).

A literatura científica aponta que as gerações mais jovens apresentam na sua grande maioria, comportamentos semelhantes aos dos seus progenitores, este efeito sendo atribuída a socialização (ANDRADE, 2012). Assim, compreende-se que a maneira de ser e de viver das pessoas em uma comunidade não é transmitida geneticamente, mas, sim pelo processo de socialização entre gerações, havendo destaque para as relações intergeracionais (TOMIZAKI, 2010a).

As mulheres vivenciam a gravidez atribuindo significados às necessidades e intercorrências enfrentadas, às ações e aos recursos dos serviços de saúde e outros, sendo assim, é importante apreender, compreender e considerar as vivências e o ponto de vista das mulheres a respeito da gravidez e do que julgam relevante para a sua saúde e a de seu filho. Essa significação não é individual, mas configura-se nas relações sociais (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Assim, a transmissão familiar ocorre a todo momento do processo de vida dos membros de uma família, e poderá ocorrer através do trabalho interpéssico e intrapéssico familiar e intergeracional, relacionado às condições sócio-históricas, este último bastante discutido na literatura científica e aponta como configuração a herança familiar da qual o indivíduo na posição de filha/o e membro de uma família e poderá ocorrer de forma repetitiva, consciente ou inconsciente ou até mesmo serem adquiridas mediante a um valor simbólico (CARRETEIRO; FREIRE, 2006).

De uma forma mais clara, para a transmissão intergeracional ocorrer, é necessária a presença de mediadores, sendo a família apontada como o principal agente de socialização, pois é ela que introduz a criança na sociedade para que esta possa dar continuidade ou a descontinuidade na transmissão e perpetuação de comportamentos, atitudes e valores. Desta forma, os/as filhos/as dependem das experiências e comportamentos dos seus pais/mães no interior da família para que estas atitudes sejam apreendidas (GOMES, 1992).

Nesse decurso, é imprescindível que a família assume a função principal de ensinar regras e comportamentos, na mesma proporção de manter o suporte mediante a tomada de decisões adotada pelos seus descendentes (SUTIL, 2016). A exemplo, as famílias negras são comum encontrarmos relatos da importância da socialização envolvendo as meninas para serem fortes, assertivas, pois é uma forma de proteção para uma vida que provavelmente será impactada por dificuldades (OSHIN; MILAN, 2019).

Outro aprendizado de socialização entre famílias negras, as mães negras geralmente incorporam mensagens de força emocional e promoção da autoestima enquanto tentam ensinar lições de desenvolvimento às filhas, como a tomada de decisões sexuais. As mulheres negras citam lembranças de ver suas mães e avós lidando com situações trágicas sem chorar, como formas que aprenderam a valorizar a força emocional. Da mesma forma, adolescentes negras relatam admirar suas mães e avós por sua independência e vontade de lutar por si e por suas famílias (WOODS-GISCOMBÉ, 2010).

As mães negras podem ter valores distintos ao criar suas filhas devido às circunstâncias históricas de valores, autoconfiança ou força, o que acaba ocasionando a repetição de comportamentos e valores semelhantes entre suas filhas, assim é enfatizado a importância da socialização, inclusive este grupo de mulheres que está enraizada na marginalização devido ao racismo, sexismo e pobreza, o que acaba diferindo e sendo mais sobressaído pelas mães negras em comparação com as mães de outros grupos raciais/étnicos (OSHIN; MILAN, 2019).

Os processos de saúde-adoecimento-cuidado, são imbricados com fatores socioculturais. Para compreensão das diferenças e desigualdades em saúde há necessidade de

entender o dinamismo das articulações entre gênero, raça/etnia e classe social, bem como a conjugação destas categorias para compreender as diferenças e desigualdades em saúde. Como uma das construções sociais altamente influentes no processo de saúde-adoecimento, a categoria geração é uma das construções sociais altamente influentes no processo de saúde-adoecimento. As diferenças e, igualmente, as desigualdades em saúde são fortemente influenciadas pela forma como os indivíduos estão inseridos no espaço social (JÚNIOR; COUTO, 2015).

É importante sinalizar neste contexto, o conceito da palavra-chave que envolve estudos com tema voltado para a questão intergeracional, repetição, esta palavra vem do latim, *repetitione*, expressa acontecer de novo, tornar a fazer, independentemente das peculiaridades de cada família, a transmissão de padrões intergeracionais ocorrem como um modelo e através de repetição de padrões e princípios existentes no âmbito familiar (CERVENY, 1994).

Diante do exposto, podemos perceber a importância da figura materna, no processo de socialização das filhas, inclusive a imagem da mulher negra que é frequentemente citada como uma força influente na vida das mulheres negras, onde são mais valorizadas entre as mães negras em comparação às mães de outros grupos raciais/ étnicos, particularmente aquelas de origens socioeconômicas semelhantes (OSHIN; MILAN, 2019), representando em diversos momentos a transmissão de experiências repassadas entre antecessoras e sucessoras.

Este tipo de transmissão é mais presumível ocorrer dentro do mesmo sexo, até mesmo em grupos sociais tradicionais com características específicas de gênero, como é o caso entre mães e filhas (CEMALCILAR; SECINTI; SUMER, 2018). A figura materna ocupa lugar importante neste sistema, uma vez que é vista como a principal motivadora e as filhas, como receptoras mais propensas para a repetição de padrões comportamentais (DORING et al., 2017), inclusive na tomada de decisão reprodutiva (LOLL et al., 2019).

A mãe assume a grande responsabilidade de cuidados com os/as filhos/as, com mais ênfase para as filhas, desta forma, a mãe é considerada como a principal mediadora e modelo a ser seguido para o processo de socialização, o que poderá influenciar no comportamento de suas descendentes (ANDRADE, 2012).

Entre as várias vertentes do processo intergeracional entre mãe e filha, podemos citar a maternidade. A relação mulher e maternidade permanece, no âmbito social, com costumes e valores culturais que apontam a figura da mulher como destinada à maternidade como uma predisposição natural (BRAGA; MIRANDA; CORREIO, 2018).

Como a família uma organização social que se direciona a várias imposições sociais, o processamento da socialização, poderá ser transmitido de mãe para filha, através da relação

intergeracional. Esta situação arriscar-se-á colaborar para que as mulheres não exerçam sua autonomia reprodutiva, por considerarem a maternidade como a essência da condição feminina (FARINHA; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

Consideradas as principais provedoras de apoio durante a gravidez, as avós têm um papel multifacetado na saúde materna e infantil, desempenham um papel de liderança na preservação das tradições culturais de seus ancestrais e tendem a ser a principal fonte de informação, orientação e apoio emocional às jovens mulheres, especialmente aquelas que passam pela primeira gravidez, também, têm o potencial de desempenhar um papel significativo quando influenciam o comportamento de procura de saúde (GUPTA et al 2015).

Nos dias atuais, novas significações trazem novos sentidos para as práticas entre as mulheres. A identidade feminina imposta pela sociedade por meio da determinação de várias funções está em remissão, o que provavelmente provocará transformações importantes no dia a dia pessoal e social da mulher (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012).

Assim, mesmo considerando a perspectiva cultural, o significado de ser mulher negra, tem-se absorvido ao longo dos anos e, ao perfil da mulher quilombola, aspectos relacionados com a discriminação, o racismo e o sexismo. Porém, a vivência dentro de um grupo populacional poderá instigar a forma como o ser humano se observa e observa os seus congêneres (PRATES et al., 2018).

E uma das formas de observação é através da família, que possui uma rede de comunicação que sustentam obrigações morais e que inclui todos os membros deste núcleo, reconhecendo que esta é um observatório notável de vínculo familiar através da relação intergeracional (RABINOVICH, BASTOS, 2007).

Pensando no âmbito familiar e reconhecendo que a mulher negra quilombola possui notável importância, mesmo assim ainda permanecem invisibilizadas perante a sociedade, o que torna oportuno neste estudo levantar discussões acerca das categorias gênero, enquanto uma categoria analítica importante, e a interseccionalidade com a categoria raça/etnia, e por conseguinte, inter cruzando com a questão intergeracional, devido a necessidade de conhecer os laços que envolvem mãe e filha.

Diante do que foi exposto, faz-se importante investigar a relação intergeracional mães e filhas quilombolas, sobre a autonomia reprodutiva, ancoradas nos aspectos sociodemográficos, tema este pouco investigado na literatura o que nos leva a saber pouco sobre este tipo de relação e quase nada sobre as características sociodemográficas e reprodutivas transmitidas no contexto familiar.

4 METODOLOGIA

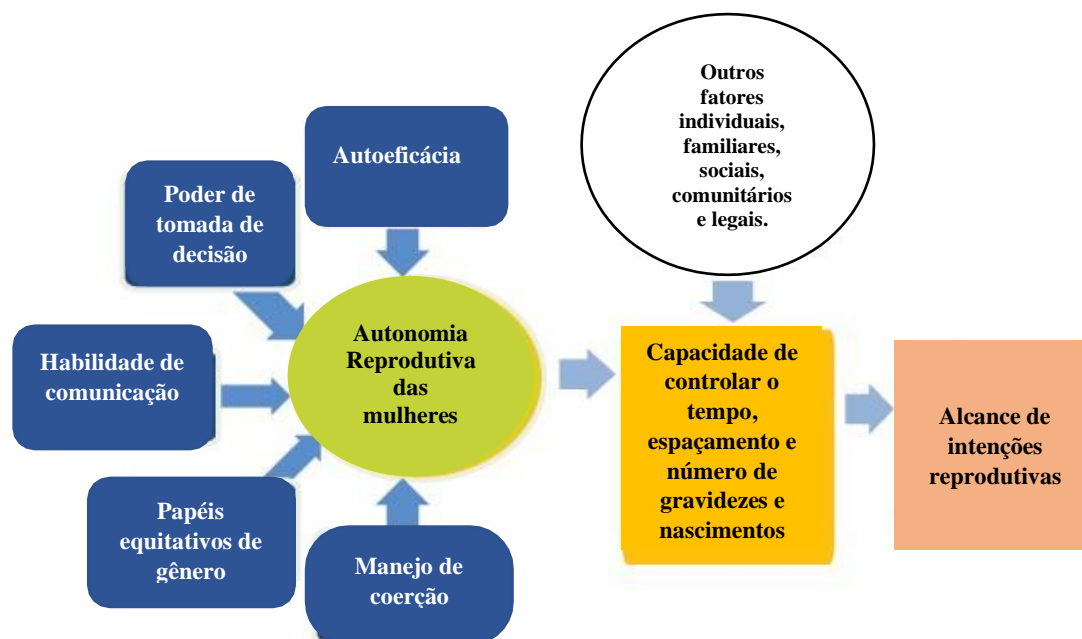
4.1 QUADRO CONCEITUAL

A teoria de gênero e poder desenvolvida por Raewyn Connell no ano de 1987 serviu de base para desenvolver o quadro conceitual (Figura 1) da escala “Reproductive Autonomy Scale”. Essa teoria postula que três estruturas principais dão forma às dimensões padronizadas e de gênero da experiência social: a divisão sexual do trabalho (que tipos de trabalho são feitos em casa e por quem, que tipos de postos de trabalho são ocupados no local de trabalho e por quem, e remuneração), a divisão sexual do poder (quem tem autoridade no poder de decisão, e controle nas relações), e a estrutura da catexia (os apegos emocionais que os indivíduos têm entre si). Estas três estruturas existem interdependentes nos níveis sociais e institucionais e fomentam a desigualdade entre homens e mulheres no âmbito individual (UPADHYAY et al, 2014).

Conforme observa na Figura 1 a autonomia reprodutiva das mulheres é multidimensional, ou seja, uma medida adequada requer múltiplos itens que abordem múltiplos subtemas visto que as conceituações de empoderamento apontavam para cinco conceitos distintos: autoeficácia, poder de decisão, capacidade de comunicação, papéis equitativos de gênero, e manejo da coerção. Segundo Upadhyay et al (2014 p23) conceituam:

A autoeficácia é entendida como a crença na capacidade de decidir e controlar questões relacionadas ao uso de contraceptivos, gravidez e maternidade. O poder de tomada de decisão como ter a palavra principal (tanto sozinha ou com um parceiro) nesses assuntos, capacidade de comunicação, como sentir-se confortável conversando com o parceiro sobre tais assuntos, papéis equitativos de gênero como uma percepção de que homens e mulheres podem ter responsabilidades, necessidades e desejos sexuais e reprodutivos iguais e manejo da coerção como ter a capacidade de evitar e / ou responder adequadamente à coerção em relação ao uso de contraceptivos, gravidez e maternidade.

Figura 1 - Quadro conceitual da Escala de Autonomia Reprodutiva



Fonte: Upadhyay et al (2014).

A “autonomia reprodutiva” é definida pelas autoras do quadro conceitual, como ter o poder de decidir sobre, e controlar as questões associadas ao uso de contraceptivos, gravidez e maternidade. Significa, portanto, que as mulheres podem controlar se e quando engravidar, se e quando praticar contracepção (e qual método usar), e se e quando continuar a gravidez (UPADHYAY et al, 2014).

Segundo Upadhyay et al (2014), a capacidade de uma mulher para alcançar suas intenções reprodutivas é influenciada pela relação que ela tem com seu parceiro sexual, e pela cultura e contexto no qual ela vive.

Fatores individuais, familiares e comunitários, incluindo o conhecimento sobre métodos contraceptivos e saúde reprodutiva, habilidades individuais relativas ao uso correto de contraceptivos, sentimentos e atitudes pessoais em relação à contracepção e ao aborto, restrições legais em relação ao aborto, padrões de comportamento sexual e acesso a contraceptivos influenciam o controle sobre o tempo, espaço e número de gravidezes e nascimentos (FROST; DARROCH, 2008; KOST et al., 2008, WU et al., 2008).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e analítico de abordagem quantitativa. O estudo de corte transversal tem como característica principal a observação das variáveis e, como vantagens o fato de permitir a observação direta pelo pesquisador dos fenômenos a pesquisar além de realizar a coleta de informações em curto espaço de tempo, além disso permite elaborar conclusões robustas (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO et al., 2018).

A abordagem quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer a luz dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000). A pesquisa quantitativa mediante condições de muito controle e procedimentos estatísticos para a análise das informações, envolve a coleta sistemática de informação numérica (POLIT, BECK E HUNGLER; 2004). São fortes em termos de validade externa: os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade (SERAPIONI, 2000).

Esse tipo de método busca compreender e prever fenômenos, através da objetividade dos procedimentos e da quantificação das medidas por meios de testes e variáveis do contexto (Almeida & Freire, 2000).

A questão fundamental, porém, é decidir que espécies de arrazoados matemáticos são relevantes para determinados problemas, que limitações estão impostas e como tais métodos podem ser ampliados e generalizados. Não se pode perder de vista que o uso da linguagem matemática leva a descrições e modelos idealizados, uma construção abstrata que, na prática, na melhor das situações, será observada apenas parcialmente (Minayo & Sanches, 1993: 241).

Os métodos quantitativos apresentam como características e especificidades: busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse pela dimensão subjetiva e utilizam procedimentos controlados; objetivos e distantes dos dados (perspectiva externa, outsider), orientados à verificação e são hipotético-dedutivos; assumem uma realidade estática e orientados aos resultados, são replicáveis e generalizáveis (SERAPIONI, 2000).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista. Este município está localizado no centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano (TISB) (Figura 2), no semiárido baiano, antigamente conhecido como Território de Identidade de Vitória da Conquista, tem uma área de 3.204.257 km². Está distante 509 km da capital Salvador, possui a terceira economia do Estado da Bahia. Em 2017, a população

estimada em Vitória da Conquista era de 348.718 habitantes, porém no último censo (2010) a população era de 306.866, sendo a população feminina em 51,8% 158.956 mulheres e, destas 14,73 % na faixa etária de 45 a 59 anos (IBGE, 2010).

Figura 2 - Território de Identidade Sudoeste Baiano.



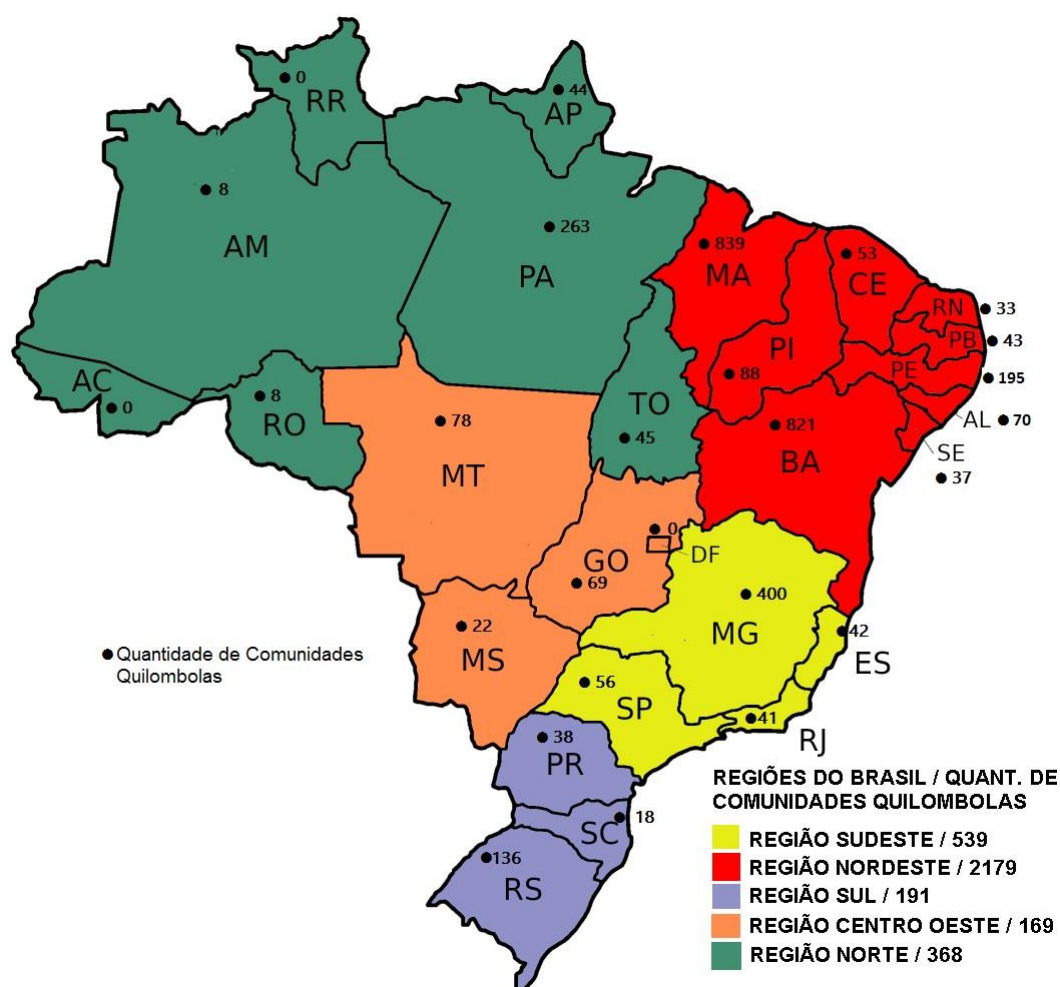
Fonte: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (2011).

O Território de Identidade do Sudoeste Baiano está localizado na região Nordeste do Brasil, tem uma área de 26.809,99 km², distribuídas entre os municípios que o compõe e segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, é constituída por uma população total de 695.302 habitantes. Esse território compreende 24 municípios, sendo eles: Licínio de Almeida, Jacaraci, Mortugaba, Guajeru, Presidente Jânio Quadros, Condeúba, Cordeiros, Piripá, Maetinga, Aracatu, Caraíbas, Tremedal, Belo Campo, Cândia Sales, Vitória da Conquista, Anagé, Caetanos, Mirante, Bom Jesus da Serra, Poções, Planalto, Barra do Choça, Ribeirão do Largo, Encruzilhada.

Até o presente, não se tem um número preciso de comunidades quilombolas no país. A maior concentração dessas comunidades está nos estados do Maranhão, Bahia, Minas Gerais e Pará. De acordo com os dados atualizados até a Portaria nº 118/2020, e publicada no Diário Oficial da União – (DOU) de 20 de julho de 2020, as Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) no Brasil totalizam 3.446 (Nº CRQs – Comunidades), sendo 2.790 (CRQs - Certidões). O estado com o maior número de comunidades remanescentes de quilombo é o Maranhão com um quantitativo de 839 comunidades, sendo deste total, 583 certificadas. O estado da Bahia apresenta um quantitativo de 821 comunidades sendo 668 certificadas, o estado

de Minas Gerais apresenta um quantitativo de 400 comunidades sendo 313 certificadas e o estado do Pará um quantitativo de 263 comunidades sendo 205 certificadas . Os estados de Rondônia (RO) e Amazonas (AM) apresentam os menores números, os dois estados possuem cada um, 8 comunidades remanescentes, todas certificadas (Figura 3) (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

Figura 3 - Mapa com distribuição das comunidades remanescentes de quilombos por estados e regiões do Brasil



Fonte: Elaboração própria, dados obtidos da Fundação Palmares publicados no DOU de 20 de julho de 2020.

No município de Vitória da Conquista temos 23 comunidades quilombolas certificadas: Boqueirão, Corta Lote, Baixa Seca, Lagoa de Melquíades, Quatis dos Fernandes, Lagoa dos Patos, São Joaquim de Paulo, Furadinho, Alto da Cabeceira, Lagoa Maria Clemência, Batalha,

Lagoa do Arroz, Ribeirão do Panelheiro, Lagoa de Vitorino, Cachoeira do Rio Pardo, Sinzoca, Laranjeiras, Barreiro do Rio Pardo, São Joaquim do Sertão, Barrocas, Cachoeira das Araras, Lamarão, Cachoeira dos Porcos (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

Segundo o Conselho das Associações Quilombolas do Território de Vitória da Conquista, o município de Vitória da Conquista tem 32 comunidades quilombolas reconhecidas: Alto da Cabeceira, Baixa Seca, Baixão, Barreiro do Rio Pardo, Barrocas, Batalha, Boqueirão, Cachoeira das Araras, Cachoeira do Rio Pardo, Cachoeira dos Porcos, Corta Lote, Furadinho, Lagoa Maria Clemência, Lagoa de Melquíades, Lagoa de Vitorino, Lagoa do Arroz, Lagoa dos Patos, Lamarão, Laranjeiras, Malhada, Manoel Antônio, Muritiba, Oiteiro, Pirinalva, Poço de Aninha, Quatis dos Fernandes, Ribeirão do Panelheiro, São Joaquim de Paulo, São Joaquim do Sertão, Sinzoca, Velame e Casa de Telha.

O município de Vitória da Conquista possui 12 distritos: Bate-Pé, Cabeceira da Jiboia, Cercadinho, Dantelândia, Distrito Sede, Iguá, Inhobim, José Gonçalves, Pradoso, São João da Vitória, São Sebastião e Veredinha.

O território onde hoje está localizado o município de Vitória da Conquista foi habitado pelos povos indígenas Mongoyó, Ymboré e Pataxó. Os aldeamentos se espalhavam por uma extensa faixa, conhecida como Sertão da Ressaca, que vai das margens do Rio Pardo até o Rio das Contas.

A escolha pelo município de Vitória da Conquista deve-se ao fato de ser um local pertencente ao Território de Identidade Sudoeste Baiano com um quantitativo de comunidades quilombolas com características culturais próprias.

Essa pesquisa foi realizada em 9 comunidades quilombolas pertencentes ao município de Vitória da Conquista: Ribeirão do Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades. Os distritos que estas comunidades quilombolas pertencem são: Distrito Sede, José Gonsalves, Bate Pé, Pradoso e Distrito de Inhobim (Quadro 1).

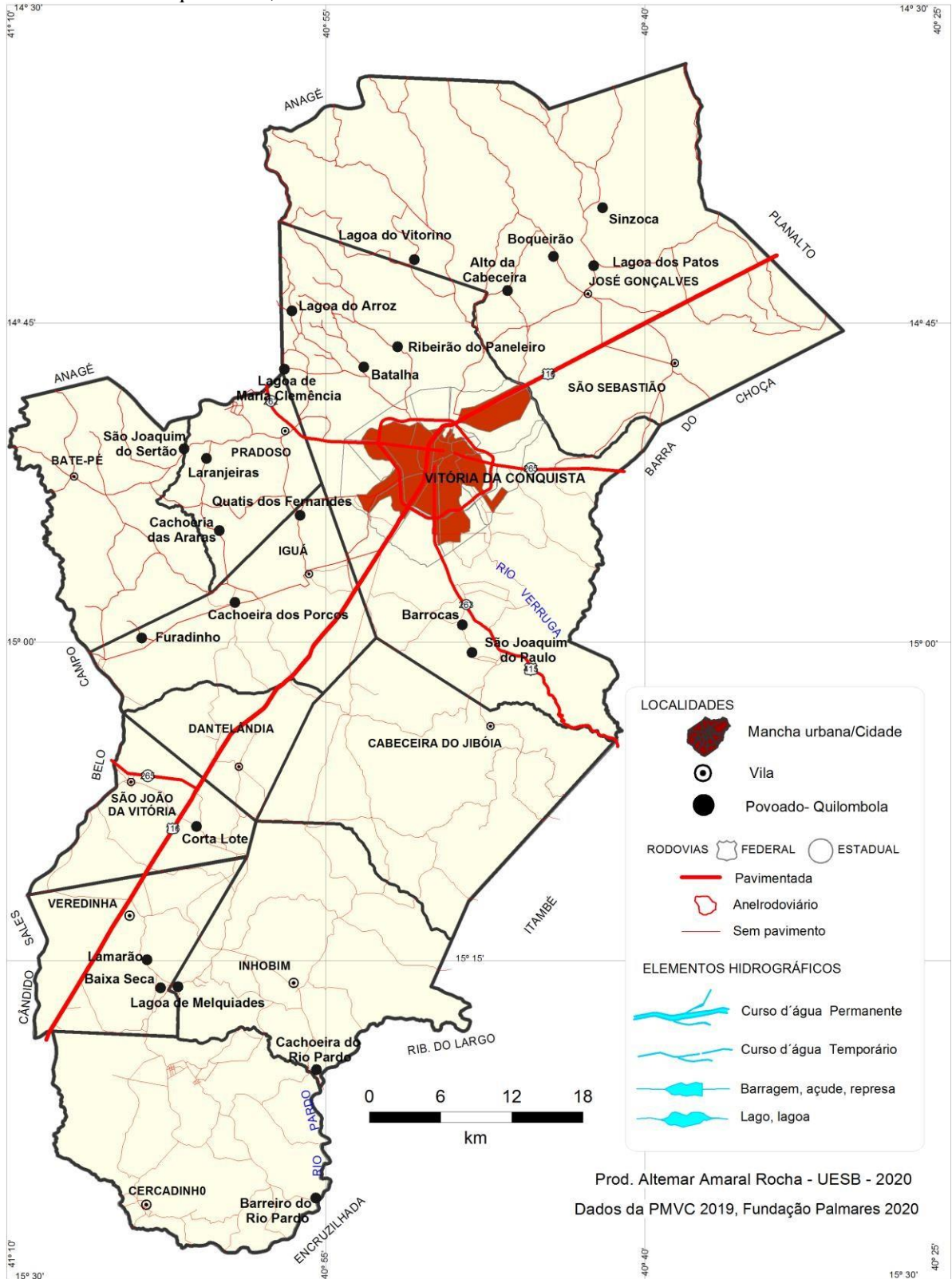
Quadro 1- Apresentação das comunidades quilombolas de acordo a sua localidade distrital. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020.

| Número | Comunidade | Localidade |
|---------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | Corta Lote | Distrito de São João da Vitória |
| 2 | Laranjeiras | Distrito de Bate Pé |
| 3 | São Joaquim do Sertão | Distrito de Bate Pé |
| 4 | Lagoa de Maria Clemência | Distrito de Pradoso |
| 5 | Cachoeira das Araras | Distrito de Pradoso |
| 6 | Quatis dos Fernandes | Distrito de Iguá |
| 7 | Cachoeira dos Porcos | Distrito de Iguá |
| 8 | Furadinho | Distrito de Iguá |
| 9 | São Joaquim de Paulo | Distrito Sede |
| 10 | Ribeirão do Panelheiro | Distrito Sede |
| 11 | Batalha | Distrito Sede |
| 12 | Lagoa do Arroz | Distrito Sede |
| 13 | Barrocas | Distrito Sede |
| 14 | Alto da Cabeceira | Distrito de José Gonçalves |
| 15 | Boqueirão | Distrito de José Gonçalves |
| 16 | Sinzoca | Distrito de José Gonçalves |
| 17 | Lagoa do Vitorino | Distrito de José Gonçalves |
| 18 | Lagoa dos Patos | Distrito de José Gonçalves |
| 19 | Cachoeira do Rio Pardo | Distrito de Inhobim |
| 20 | Baixa Seca | Distrito de Inhobim |
| 21 | Lagoa de Melquíades | Distrito de Inhobim |
| 22 | Barreiro do Rio Pardo | Distrito de Inhobim |
| 23 | Lamarão | Distrito de Inhobim |

Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

As vinte e três (23) comunidades remanescentes de quilombos, certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), pertencentes ao município de Vitória da Conquista na Bahia foram distribuídas de acordo sua localização no mapa do município levando em consideração à sua coordenada geográfica e seus respectivos distrito (Mapa 1). Essa distribuição se fez necessário em virtude da necessidade de identificar todas as comunidades remanescentes de quilombos deste município para posterior divisão da população em subgrupos (estratos).

Mapa 1 – Comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares no município de Vitória da Conquista-BA, 2020.



Fonte: Mapa Elaborado por Rocha, A. A. (2020).

4.4 DESCRIÇÃO DAS COMUNIDADES

Esta seção tem como objetivo descrever as nove comunidades quilombolas estudada. As informações descritas são oriundas de informações obtidas através de conversas com quilombolas pertencentes às comunidades.

4.4.1 Comunidade Quilombola Ribeirão do Paneleiro

Foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada como comunidade quilombola com portaria no DOU em 28/07/2006 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). O território está situado no Distrito sede. Hoje a comunidade tem 35 (trinta e cinco) famílias, o atendimento no Posto de Saúde satélite acontece uma vez ao mês, a equipe de saúde se desloca da Unidade Básica de Saúde CAE II (Unidade Sede) para realizar atendimento itinerante. A escola foi desativada e os alunos foram realocados em outra escola no povoado da Pedra Branca, próximo a comunidade de Ribeirão do Paneleiro. Segundo informações de moradores, o deslocamento das crianças é realizado pela prefeitura municipal de Vitória da Conquista. A Igreja católica tem culto uma vez por semana e missa mensalmente. A comunidade tem uma associação de moradores. Vivem da agricultura familiar onde a produção é toda destinada para o consumo.



Imagem 1 – Vista da Comunidade

Fonte: Gilmara Gonçalves, moradora da comunidade Ribeirão do Paneleiro, 2020.



Imagem 2 – Casa de Morador

Fonte: Gilmara Gonçalves, moradora da comunidade Ribeirão do Paneleiro, 2020.



Imagem 3 – Igreja Católica

Fonte: Gilmara Gonçalves, moradora da comunidade Ribeirão do Paneleiro, 2020.



Imagem 4 – Posto de Saúde

Fonte: Gilmara Gonçalves, moradora da comunidade Ribeirão do Paneleiro, 2020

4.4.2 Comunidade Quilombola de Barrocas

O território quilombola de Barrocas, está situado à 15 km de Vitória da Conquista- BA, tem como via de acesso a BA-263, que liga Vitória da Conquista a Itambé. Segundo informações dos moradores mais antigos os primeiros habitantes do Quilombo de Barrocas vieram da comunidade vizinha denominada São Joaquim de Paulo e de outras comunidades próximas, sendo a mesma povoada desde a década de 1920/30 sendo esta titulada como território quilombola com portaria no DOU em 21/05/2014 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Esta comunidade tem escola de Ensino Fundamental I, Igreja Católica, Igrejas Protestantes, pizzaria, lanchonete, padarias, mercearias, mercado, quitandas, casa de farinha, campos de futebol, casa de material de construção. O abastecimento de água é através de poços, cisternas com captação de água de chuva e água da Embasa, onde atende a mais de duzentos e cinquenta famílias, aproximadamente mil e seiscentas pessoas. A produção que predomina na comunidade é a plantação de mandioca e café, entretanto a produção de frutas, verduras e hortaliças é mais para consumo familiar. Alguns moradores comercializam nas feiras livres de Vitoria da Conquista os derivados da mandioca como o beiju/tapioca de goma/massa e farinha. Os moradores estão construindo uma sede da associação de moradores. Na comunidade tem um Posto de Saúde (Posto satélite) que cobre as duas microáreas, Barrocas I e Barrocas II. A depender do mês, o Posto de Saúde chega a ter cinco/seis atendimentos. Esse atendimento acontece da seguinte maneira: um dia de atendimento médico e um dia de atendimento da enfermeira para a microárea Barrocas I, um dia de atendimento médico e um dia de atendimento da enfermeira para a microárea Barrocas II e mais um dia de Hiperdia, e

mais um dia de vacina. A Unidade de Saúde da Família (USF) que atende esta comunidade é a USF sede de Capinal.



Imagem 5 – Vista geral da Comunidade
Fonte: Jamile Santos, moradora da comunidade Barrocas, 2020.



Imagem 6 – Escola Municipal
Fonte: Jamile Santos, moradora da comunidade Barrocas, 2020.



Imagem 7 – Igreja Católica
Fonte: Jamile Santos, moradora da comunidade Barrocas, 2020.



Imagem 8 – Posto de Saúde Barrocas
Fonte: Jamile Santos, moradora da comunidade Barrocas, 2020.

4.4.3 Comunidade Quilombola de Boqueirão

Situado no Distrito de José Gonçalves, a comunidade quilombola de Boqueirão, foi certificada com portaria publicada no DOU em 08/06/2005 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Esta comunidade compreende 212 (duzentas e doze) famílias. É dividida em Boqueirão I e II, sendo que em Boqueirão I na microárea 3 temos 110 (cento e dez) famílias e em Boqueirão II na microárea 9 temos 102 (cento e duas) famílias, totalizando 212 famílias em toda a comunidade. Por estar dividida em duas microáreas esta comunidade possui dois

agentes comunitários de saúde e dois Postos de Saúde (satélite). Os atendimentos itinerantes acontecem apenas uma vez ao mês em cada unidade. A Unidade de Saúde da Família (USF) que atende esta comunidade é a USF sede de José Gonçalves. Para cada microárea também tem uma escola que atende a comunidade. A agricultura familiar é característica na comunidade e costumam plantar feijão, milho, mandioca e hortaliças. O abastecimento de água é através de caminhão de reservatório de água (carro-pipa) e por captação de água de chuva.



Imagem 9 – Vista da Comunidade

Fonte: Arquivo pessoal, comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 10 – Comunidade Boqueirão

Fonte: Arquivo pessoal, comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 11 – Escola Municipal Gustavo Alves

Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), quilombola da comunidade Lagoa dos Patos, Comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 12 – Escola Municipal Lírio dos Vales

Fonte: Izaulino Santos (Zau), comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 13 – Posto de Saúde Boqueirão I
Fonte: Izaulino Santos (Zau), comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 14 – Posto de Saúde Boqueirão II
Fonte: Arquivo pessoal, comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 15 – Produção de tijolo de adobe
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), quilombola da comunidade Lagoa dos Patos, comunidade Boqueirão, 2020.



Imagem 16 – Casa de Farinha Boqueirão
Fonte: Izaulino Santos (Zau), comunidade Boqueirão, 2020.

4.4.4 Comunidade Quilombola de Sinzoca

Situado no Distrito de José Gonçalves, a comunidade quilombola de Sinzoca, foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada com portaria publicada no DOU em 02/03/2007 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Esta comunidade compreende 59 famílias. Tem 01 Igreja Católica, não tem terreiro e nem Igreja Evangélica, as pessoas evangélicas se deslocam para ir ao culto em outros lugares. Na comunidade tem Posto de Saúde (satélite), porém o atendimento médico e de enfermagem acontece uma vez ao mês. São realizados atividade de grupos de hipertensos, gestante, diabéticos e adolescentes na comunidade. A Unidade de Saúde da Família (USF) que atende esta comunidade é a USF sede Roseira. A prefeitura disponibiliza transporte para levar os alunos para a escola em outras localidades, a maioria vão para o Distrito de José Gonçalves (5ª a 8ª série e ensino médio) e as

demais crianças (1ª a 4ª série) estuda na Roseira. A escola desta comunidade foi desativada por falta de alunos. A comunidade tem uma Associação de Agricultores Familiares que tem como função o desenvolvimento agrícola, social e cultural da comunidade. A agricultura familiar é característica desta comunidade, costumam plantar feijão, milho, mandioca e maracujá. O maracujá geralmente é vendido na feira livre em Vitória da Conquista. O abastecimento de água é através de caminhão de reservatório de água (carro-pipa).



Imagem 17 – Igreja Católica

Fonte: Magna Novais, comunidade Sinzoca, 2020.



Imagem 18 – Posto de Saúde

Fonte: Magna Novais, comunidade Sinzoca, 2020.



Imagem 19 – Escola Municipal

Fonte: Magna Novais, comunidade Sinzoca, 2020.



Imagem 20 – Casa de Morador

Fonte: Magna Novais, comunidade Sinzoca, 2020.

4.4.5 Comunidade Quilombola de Lagoa dos Patos

A comunidade quilombola de Lagoa dos Patos está situada no Distrito de José Gonçalves. Foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada com portaria publicada no DOU em 28/07/2006 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Atualmente, esta comunidade possui 56 famílias. A maioria das pessoas se autodeclaram Católicas, padroeiras de Santo Expedito e Santíssima Trindade. Tem famílias com religião de matriz africana (Candomblé e Umbanda) e algumas festejam Cosme e Damião. Tem Igreja Católica, terreiros. Na comunidade tem Posto de Saúde, porém o atendimento é realizado uma vez ao mês, a equipe é composta por enfermeira, médico, dentista e agente de saúde. A Unidade de Saúde da Família Roseira, é a USF sede que atende esta comunidade. A escola foi desativada e os alunos estudam no Distrito de José Gonçalves. A agricultura familiar é característica desta comunidade, costumam plantar mandioca, andu e feijão. Da mandioca eles produzem a farinha e a goma que são vendidos em Vitória da Conquista. O abastecimento de água é através de cisternas de captação de água da chuva e poços artesianos perfurados pela própria comunidade. Uma pequena parte da comunidade é abastecida com água da Embasa.



Imagem 21 – Altar do Terreiro de Umbanda
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), comunidade Lagoa dos Patos, 2020.



Imagem 22 – Altar do Terreiro de Umbanda
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), comunidade Lagoa dos Patos, 2020.



Imagem 23 – Capelinha de Santo Expedito
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), comunidade Lagoa dos Patos, 2020.



Imagem 24 – Escola Municipal
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), comunidade Lagoa dos Patos, 2020.



Imagem 25 – Unidade de Saúde da Família
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), comunidade Lagoa dos Patos, 2020.



Imagem 26 – Vista da Comunidade
Fonte: Maria Aparecida Souza (Cida), comunidade Lagoa dos Patos, 2020.

4.4.6 Comunidade Quilombola de Laranjeiras

Laranjeiras é uma comunidade quilombola que está situada no Distrito de Bate Pé. Foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada com portaria publicada no DOU em 17/06/2011 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Esta comunidade possui atualmente 110 famílias. Na comunidade só tem uma Igreja Católica, não tem nenhuma outra Igreja de outras religiões e nem terreiros. O Posto de Saúde (satélite) tem atendimento itinerante uma vez por mês, porém atendimento como exame citopatológico de colo uterino (preventivo) e outros atendimentos são feitos em outra comunidade quilombola (Comunidade São Joaquim

do Sertão) onde está localizada a Unidade de Saúde da Família São Joaquim, (USF) sede. Tem uma agente comunitária de saúde. A comunidade tem escola e os alunos estudam até o 4º ano. Algumas mulheres trabalham na agricultura, outras trabalham em casas de família no município de Vitória da Conquista. O abastecimento de água é realizado através da Embasa, além de cisternas de captação de água da chuva e poços artesianos. A atividade agrícola desta comunidade está na plantação de verduras, frutas, feijões (todos os tipos) e hortaliças. A venda de hortaliças representa boa parte da renda da comunidade.



Imagem 27 – Escola Municipal Laranjeiras
Fonte: Daiane Oliveira, comunidade Laranjeiras, 2020.



Imagem 28 – Vista da Comunidade
Fonte: Daiane Oliveira, comunidade Laranjeiras, 2020.



Imagem 29 – Igreja Católica
Fonte: Daiane Oliveira, comunidade Laranjeiras, 2020.



Imagem 30 – Posto de Saúde
Fonte: Daiane Oliveira, comunidade Laranjeiras, 2020.

4.4.7 Comunidade Quilombola de São Joaquim do Sertão

Situado no Distrito de Bate Pé, a comunidade quilombola de São Joaquim do Sertão, foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada com portaria publicada no DOU em 25/10/2013 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Esta comunidade tem 180 famílias e um agente comunitário de saúde. A escola atende alunos da educação infantil ao quarto ano do ensino fundamental. Tem Igreja Católica, e Igreja Evangélica. Os moradores costumam plantar feijão andu, feijão de corda tipo fradinho, milho, abóbora, manga, acerola, seriguela e palma. O abastecimento de água acontece de duas formas, a parte central da comunidade é abastecida com água da Embasa e as demais áreas por caminhão de reservatório de água (carro-pipa). A Unidade de Saúde da Família (USF) São Joaquim está localizado na comunidade, funciona de segunda à sexta das 8:00 às 15:00 horas, com uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, uma assistente de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. Esta Unidade de Saúde da Família atende a oito comunidades, sendo três quilombolas (São Joaquim do Sertão, Cachoeira das Araras e Laranjeiras). Esta é a única comunidade quilombola do município de Vitória da Conquista que tem Unidade sede de saúde da família.



Imagem 31 – Vista da Comunidade
Fonte: Domingos Lemos, comunidade São Joaquim do Sertão, 2020.



Imagem 32 – Vista da Comunidade
Fonte: Arquivo pessoal, comunidade São Joaquim do Sertão, 2020.



Imagem 33 – Vista da Comunidade

Fonte: Domingos Lemos, comunidade São Joaquim do Sertão, 2020.



Imagem 34 – Igreja Católica

Fonte: Domingos Lemos, comunidade São Joaquim do Sertão, 2020.



Imagem 35 – Escola Municipal

Fonte: Domingos Lemos, comunidade São Joaquim do Sertão, 2020.



Imagem 36 – Unidade de Saúde da Família

Fonte: Domingos Lemos, comunidade São Joaquim do Sertão, 2020.

4.4.8 Comunidade Quilombola de Lagoa de Maria Clemência

Situado no Distrito de Pradoso, a comunidade quilombola de Lagoa de Maria Clemência, foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada com portaria publicada no DOU em 13/12/2006 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). A escola atende alunos até a quarta série do ensino fundamental, a partir dos anos seguintes de estudo, os alunos estudam em outra escola no Distrito de Pradoso, onde transporte dos mesmos é realizado pela prefeitura de Vitória da Conquista. A comunidade tem Igreja Católica, e Igreja Evangélica. O abastecimento de água acontece pela Embasa. A agricultura familiar é característica desta comunidade, costumam plantar hortaliças, andu e feijão. O andu é comercializado na feira livre

do município. A comunidade é dividida em várias microáreas e cada microárea é de responsabilidade de um agente de saúde, o atendimento no Posto de Saúde (satélite) acontece uma vez por mês. A equipe composta por uma médica, uma enfermeira, dentista, técnica em enfermagem e agente de saúde fica na Unidade de Saúde da Família (USF) do Pradoso, essa é a USF sede que atende esta comunidade.



Imagem 37 – Posto de Saúde

Fonte: Gisele Matias, comunidade Lagoa de Maria Clemência, 2020.



Imagem 38 – Igreja Católica

Fonte: Gisele Matias, comunidade Lagoa de Maria Clemência, 2020.



Imagem 39 – Associação de Moradores

Fonte: Gisele Matias, comunidade Lagoa de Maria Clemência, 2020.



Imagem 40 – Escola Municipal

Fonte: Gisele Matias, comunidade Lagoa de Maria Clemência, 2020.



Imagem 41 – Lagoa da Comunidade Lagoa de Maria Clemência
Fonte: Gisele Matias, comunidade Lagoa de Maria Clemência, 2020.

4.4.9 Comunidade Quilombola de Lagoa de Melquíades

Situado no Distrito de Inhobim, a comunidade quilombola de Lagoa de Melquíades, foi reconhecida pela Fundação Palmares e certificada com portaria publicada no DOU em 28/07/2006 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). A comunidade tem 250 famílias, é dividida pelos moradores em Lagoa de cima e Lagoa de baixo. A escola atende alunos da educação infantil ao quinto ano, as turmas seguintes os alunos estudam no Distrito de Veredinha e o transporte desses estudantes é realizado pela prefeitura de Vitória da Conquista. A comunidade tem Igreja Católica, e Igreja Adventista do Sétimo Dia. O abastecimento de água é realizado por poços artesianos e cisternas de captação de água da chuva. A agricultura familiar é característica desta comunidade, costumam plantar milho, feijão, café, mandioca, árvores frutíferas e hortaliças. O atendimento no Posto de Saúde (satélite) acontece uma vez ao mês, a equipe é composta por enfermeira, médico e agente comunitário de saúde (um agente de saúde para Lagoa de cima e outro para a Lagoa de baixo). A Unidade de Saúde da Família (USF) que atende esta comunidade é a USF sede de Veredinha. A comunidade ainda dispõe de um Centro Múltiplo Uso com sala de computadores, utilizado para reuniões e eventos da comunidade, administrado de forma voluntária pelo grupo da coordenação da comunidade assim como o trabalho do monitor (membro da comunidade) também é voluntário. O trabalho do resgate da cultura e resisado é desenvolvido por um grupo de mulheres que se reúnem para relembrar histórias mais antigas, fazem cantigas de roda, debates sobre a comunidade como foi no passado e como está atualmente assim como realiza apresentações na comunidade.



Imagem 42 – Vista da Comunidade

Fonte: Roberta Pereira, comunidade Lagoa de Melquíades, 2020.



Imagem 43 – Posto de Saúde

Fonte: Roberta Pereira, comunidade Lagoa de Melquíades, 2020.



Imagem 44 – Centro de Múltiplo Uso

Fonte: Roberta Pereira, comunidade Lagoa de Melquíades, 2020.



Imagem 45 – Escola Municipal

Fonte: Roberta Pereira, comunidade Lagoa de Melquíades, 2020.



Imagem 46 – Igreja Adventista do Sétimo Dia

Fonte: Roberta Pereira, comunidade Lagoa de Melquíades, 2020.



Imagem 47 – Igreja católica

Fonte: Roberta Pereira, comunidade Lagoa de Melquíades, 2020.

4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram adotados como critérios de inclusão: ser mulher em idade reprodutiva de 18 a 49 anos; mães e filhas quilombolas de uma mesma família; ser de comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares no município de Vitória da Conquista, que autorizaram a visita para coleta dos dados e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e como critério de exclusão: não estar residindo na comunidade no momento, que apresentassem doenças cognitivas ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão do instrumento da coleta de dados e as que, por algum motivo, não finalizassem a entrevista.

A aproximação inicial foi realizada com o Conselho das Associações Quilombolas do Território do Sudoeste Baiano (CAQSUB), participando de reuniões com presença das lideranças representantes de cada comunidade deste território. Nesses encontros foi apresentado o projeto de pesquisa esclarecendo os objetivos desse estudo bem como a forma de coletas dos dados. Após esse contato, a Associação Quilombola assinou o Termo de Anuência do Campo de Pesquisa (Anexo A). Essa aproximação foi importante pois estabeleceu confiança e parcerias com as mulheres lideranças de cada comunidade, permitindo o elo entre pesquisadora e as participantes da pesquisa.

Esses encontros nas comunidades estudadas aconteceram de forma previamente agendada com as líderes destas comunidades assim que as mesmas mantiveram contato com as mulheres a serem entrevistadas. Os dias e horários foram estabelecidos de acordo a disponibilidade da população em estudo para cada comunidade. Essa parceria foi extremamente relevante e necessária para o desenvolver da pesquisa.

As lideranças comunitária realizaram o levantamento das mulheres quilombolas (mães e filhas) que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa e que se mostraram favoráveis em participar desta, e, assim, foram realizadas visitas aos respectivos domicílios, onde foram feitos os convites às mulheres quilombolas com agendamento de horário e dia oportuno para as mesmas para assinatura do TCLE e aplicação dos instrumentos para coleta dos dados.

A pesquisa teve como participantes cento e sessenta (160) mulheres quilombolas, sendo 80 mães e 80 filhas, em idade reprodutiva de 18 a 49 anos, residentes nas comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista no estado da Bahia (Quadro 2).

Quadro 2- Quantidade de participantes da pesquisa por comunidade quilombola. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020.

| Número | Comunidade Quilombola | Número de famílias | Localidade | Número de entrevistadas |
|---------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Ribeirão do Paneleiro | 35 | Distrito Sede | 2 |
| 2 | Barrocas | 250 | Distrito Sede | 24 |
| 3 | Boqueirão | 212 | Distrito de José Gonçalves | 26 |
| 4 | Sinzoca | 59 | Distrito de José Gonçalves | 2 |
| 5 | Lagoa dos Patos | 56 | Distrito de José Gonçalves | 10 |
| 6 | Laranjeiras | 110 | Distrito de Bate Pé | 14 |
| 7 | São Joaquim do Sertão | 180 | Distrito de Bate Pé | 12 |
| 8 | Lagoa de Maria Clemência | Não informado | Distrito de Pradoso | 38 |
| 9 | Lagoa de Melquíades | 250 | Distrito de Inhobim | 32 |
| Total | | | | 160 (80 mães e 80 filhas) |

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

4.6 AMOSTRA

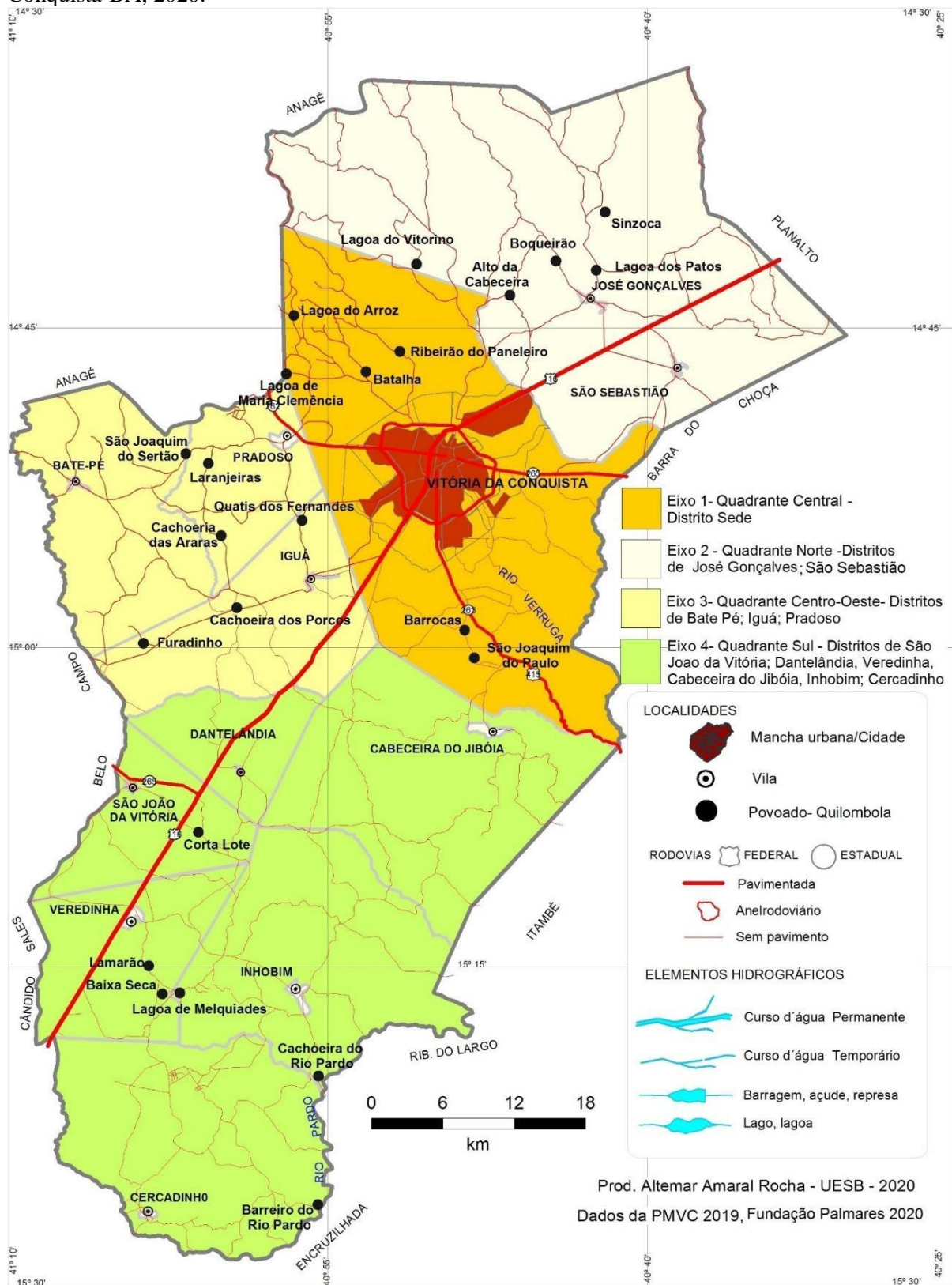
Tomando como base o total de 23 comunidades quilombolas pertencentes ao município de Vitória da Conquista (centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano), a amostra do estudo foi composta por 160 mulheres quilombolas, sendo 80 mães e suas respectivas 80 filhas.

Em virtude da pandemia de COVID-19 e por dificuldades logísticas, não foi possível realizar um censo populacional envolvendo todas as comunidades deste município. A impossibilidade de acessar o registro do número de famílias por comunidade quilombola também inviabilizou a utilização de uma amostra probabilística. Assim, optou-se por conduzir

a pesquisa em apenas nove comunidades, por meio de uma amostra do tipo não probabilística por conveniência que incluiu mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão.

Buscando dar uma maior representatividade territorial, o município de Vitória da Conquista foi dividido em Eixos de acordo sua apresentação geográfica (Eixo 1 – Quadrante Central; Eixo 2 – Quadrante Norte; Eixo 3 – Quadrante Centro-Oeste; e Eixo 4 – Quadrante Sul) (Mapa 2). Então, as nove comunidades foram sorteadas, obedecendo à proporcionalidade por eixo, resultando na seleção das seguintes comunidades: Ribeirão do Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Mapa 2 – Zoneamento das comunidades remanescentes de quilombos no município de Vitória da Conquista-BA, 2020.



Fonte: Mapa Elaborado por Rocha, A. A. (2020).

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de 8 meses (entre os meses de julho de 2019 e março de 2020). Utilizou-se de entrevista semiestruturada em visitas na residência das mulheres (mães e filhas) em companhia de líderes quilombolas de cada comunidade estudada. Esses encontros foram previamente agendados com dia e horário estabelecidos pelas mulheres das comunidades de acordo às suas disponibilidades.

Para analisar a autonomia reprodutiva das mulheres quilombolas, neste estudo foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, um questionário semiestruturado, para obter informações socioeconômicas e relacionadas à saúde das mulheres quilombolas, adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) adaptado para o estudo (ANEXO C) (PNS, 2013) e o segundo a Escala de Autonomia Reprodutiva (Reproductive Autonomy Scale) (ANEXO D).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013. O Inquérito é composto por três blocos de questionários: o domiciliar; o relativo a todos os moradores do domicílio e o individual. No questionário individual as questões são distribuídas em módulos, entretanto só utilizamos os módulos A (Características Sociodemográficas), o módulo R (Saúde da Mulher) e o módulo S (Atendimento Pré-natal).

O instrumento sofreu algumas adaptações com o intuito de responder aos objetivos, entretanto houve a preocupação em manter ao máximo a estrutura original da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) para garantir a comparabilidade das informações.

A Escala de Autonomia Reprodutiva tem o objetivo de avaliar a capacidade de uma mulher para alcançar suas intenções reprodutivas influenciada pela relação que ela tem com seu parceiro sexual, e pela cultura e contexto no qual ela vive. Possui 14 itens organizados em três subescalas: “Tomada de decisão”, que avalia quem decide sobre usar um método para evitar a gravidez, quando ter um bebê e acerca de uma gravidez não planejada; “Liberdade de coerção”, que aborda se o parceiro impediu, atrapalhou ou pressionou a mulher quanto a usar algum método contraceptivo para evitar a gravidez; e “Comunicação”, relacionada à situação de conforto da mulher em conversar com seu parceiro sobre suas escolhas reprodutivas (UPADHYAY et al, 2014).

A Escala de Autonomia Reprodutiva (versão brasileira) que previamente passou por processo de tradução do inglês para o português e adaptação cultural, mostrou-se apropriada para avaliar a autonomia reprodutiva de mulheres brasileiras e confiável para aplicação em

mulheres trabalhadoras rurais e quilombolas rurais, demonstrando consistência interna e reprodutibilidade aceitáveis (FERNANDES et al, 2020).

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se procedimentos da estatística descritiva para expressar os resultados como frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias ou medianas), dispersão (desvios padrão ou amplitudes interquartis) e valores mínimos e máximos.

Diferenças entre frequências foram testadas por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher (para os casos em que a frequência esperada foi menor que cinco). Para as associações em tabela de contingência 2x2 foi aplicado o teste qui-quadrado com correção de continuidade; para as variáveis ordinais, utilizou-se o teste qui-quadrado de tendência linear.

A normalidade dos dados quantitativos foi testada por meio dos testes Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov, enquanto a homocedasticidade foi testada pelo teste de Levene. Comparações entre dois grupos foram realizadas pelos testes Mann-Whitney ou t de Student para amostras independentes, ao passo que comparações entre dois grupos foram feitas por meio do teste Kruskal-Wallis (comparações entre pares pelo teste Mann-Whitney) ou análise de variância (ANOVA) one-way (comparações múltiplas pelo teste Tukey).

Com o intuito de avaliar a transmissão intergeracional da autonomia reprodutiva e das características sexuais e reprodutivas, cada filha foi pareada a sua mãe e, então, procedeu-se com o teste Wilcoxon para comparar as variáveis quantitativas e o teste McNemar para as variáveis qualitativas. O coeficiente de correlação intraclasse (CCI), a estatística Kappa (K) e o método de Bland e Altman (1986) foram usados como medidas de concordância. O grau de concordância pelo CCI foi interpretado da seguinte forma (Matos 2014): $CCI < 0,40$ = concordância pobre; $0,40 \leq CCI < 0,75$ = concordância satisfatória a boa; $CCI \geq 0,75$ = concordância excelente. A interpretação da estatística K foi a seguinte (Altman, 1991): $K < 0,20$ = concordância muito fraca; $0,20 \leq K < 0,40$ = concordância fraca; $0,40 \leq K < 0,60$ = concordância moderada; $0,60 \leq K < 0,80$ = concordância boa; $K \geq 0,80$ = concordância muito boa.

Análises de regressão linear simples e múltipla foram conduzidas para avaliar possíveis fatores intervenientes da transmissão intergeracional em constructos da autonomia reprodutiva que não foram observadas evidência de transmissão de mães para filhas. O modelo múltiplo foi construído usando o método backward, no qual todas as características sociodemográficas avaliadas (variáveis independentes) foram inicialmente incorporadas ao modelo, e,

subsequentemente, as variáveis com os maiores valores de alfa (α) foram removidas uma a uma até que fosse atingido o valor mínimo de 0,10. Assim, todas as variáveis independentes que alcançaram um $\alpha \leq 0,10$ foram mantidas no modelo final para fins de ajuste.

O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e todas as análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics para Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.) e MedCalc versão 9.1.0.1 (2006, Mariakerke, Belgium).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi pautado nos preceitos éticos e nas diretrizes estabelecidas que regem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando sob a ética do indivíduo e da coletividade a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres das sujeitas da pesquisa (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Seu início se deu após a obtenção do parecer favorável encaminhado através da Plataforma Brasil, em 10/07/2019 sob Parecer de Aprovação nº 3.448.011 (ANEXO B) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 14087019.1.0000.5531.

A pesquisa atendeu a todos os princípios da bioética como não maleficência, beneficência, autonomia, justiça e equidade (BRASIL, 2012). Foi garantido a livre escolha de participar ou não do estudo, respeito à individualidade e à autonomia, possibilidade de desistir ou negar-se a responder quaisquer questões. Caso as participantes apresentem algum desconforto surgidas durante a realização da pesquisa, a pesquisador oferecerá o apoio necessário.

Após leitura e esclarecimento pela pesquisadora sobre a natureza do estudo, procedimento para coleta, análise dos dados bem como riscos e benefícios, foi solicitada às participantes a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Este termo serve como proteção moral e legal aos pesquisadores e participantes do estudo. A coleta de dados só foi realizada após a aceitação voluntária e coleta da assinatura das participantes do estudo. O TCLE foi assinado pelas participantes em duas vias, sendo que uma via ficou com a participante e a outra via com a pesquisadora.

A confidencialidade, o sigilo e o anonimato das entrevistadas foram garantidos evitando qualquer identificação das mesmas sem sofrer prejuízo, de qualquer natureza, oriundo desta pesquisa.

No processo de análise e interpretação de dados realizou-se dissociação dos nomes das participantes utilizando números de codificação de modo a garantir a não identificação dessas mulheres. Essa codificação foi feita seguindo de iniciais “M” (quando se referir a mãe) e “F” (quando se referir a filha) e posterior a letra uma numeração sequencial de 1 a 80 pois trabalhamos de forma pareada para mãe e filha.

Foi garantido as participantes a realização das entrevistas em local reservado, em seus domicílio, de forma individual. Além disso, também foram orientadas que não teriam nenhum tipo de despesa, bem como nada seria pago, mas se tiver algum gasto decorrente da sua participação, seria ressarcida, caso solicitasse. A pesquisadora não foi remunerada para a realização desta pesquisa, bem como as participantes não receberam benefícios financeiros para a sua participação.

O estudo teve como possibilidade de risco, ainda que baixo, algum desconforto para as mulheres participantes ao compartilharem sua vivência/experiência e relatar informações durante os encontros e/ou entrevista.

Após término deste estudo, os resultados serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados a comunidade em geral e, em eventos científicos, entretanto, asseguramos que a identidade será mantida em mais absoluto sigilo, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade.

5 RESULTADOS

5.1 MANUSCRITO 1 - TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL ENTRE MÃES E FILHAS QUILOMBOLAS: AUTONOMIA REPRODUTIVA E FATORES INTERVENIENTES

TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL ENTRE MÃES E FILHAS QUILOMBOLAS: AUTONOMIA REPRODUTIVA E FATORES INTERVENIENTES

RESUMO

Objetivo: analisar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes na transmissão intergeracional entre mães e filhas.

Método: estudo transversal e analítico desenvolvido com 160 mulheres (80 mães e 80 filhas) de comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, localizado no centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho de 2019 a março de 2020. Utilizou-se o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde para verificar características sociodemográficas e os fatores intervenientes; e a Escala de Autonomia Reprodutiva. Foram aplicados testes qui-quadrado, Mann-Whitney e Wilcoxon. Os dados foram analisados através de análises de regressão linear simples e múltipla.

Resultados: O grupo das mães apresentou maior frequência de mulheres casadas ou com companheiro (66,2%), que trabalhavam atualmente (51,2%) e maior renda (358,00 ± 663,00). Por outro lado, as filhas apresentaram mais anos de estudo (10,50 ± 5,00). A autonomia reprodutiva e a transmissão intergeracional entre mães e filhas ocorrem, sobretudo, nos domínios Ausência de Coerção (CCI = 0,70; p = 0368) e Comunicação (CCI = 0,69; p = 0694). A idade da mãe (β -ajustado = -0,027; p = 0,039) e a cor/raça da filha (β -ajustado = 0,423; p = 0,049) foram fatores interveniente na transmissão intergeracional relacionada ao constructo Tomada de decisão, sendo que redução na transmissão intergeracional desse constructo foi associada a menor idade da mãe e o autorreconhecimento da filha como negra.

Conclusão: as filhas não acompanham a mesma escolha das mães, o que pode ser entendido por uma maior acessibilidade aos serviços de planejamento reprodutivo e aumento nos níveis de escolaridade. O impacto do racismo e discriminações refletem na autonomia e liberdade das mulheres quilombolas. A transmissão intergeracional entre quilombolas apresenta especificidades importantes para decisões reprodutivas e possibilita melhor entendimento das informações e qualificação da assistência dos profissionais de saúde no cuidado com essas mulheres.

Palavras-chave: Grupos Étnicos. Autonomia. Gênero. Relações familiares. Mulheres.

INTRODUÇÃO

Pessoas que vivem em comunidades quilombolas são caracterizadas pela sua etnia, relações de consanguinidade, familiaridade e herança de africanas(os) que foram escravizadas(os). O cotidiano revela um contexto de lutas e reivindicações pela posse de terra com exploração de maneira individual e coletiva, direito ao trabalho, cuidado à saúde e equidade no território brasileiro.¹

Neste contexto, a socialização é considerada uma ferramenta para a formação da identidade das pessoas, e a família, primordialmente mãe e pai, constituem a base inicial para esta socialização que é perpassada por gênero, raça, nacionalidade, sexualidade, classe, entre outras.²

A socialização cultural se refere aos processos de desenvolvimento pelos quais as crianças aprendem sobre histórias e tradições de uma cultura, adquirem crenças e valores culturais e desenvolvem atitudes positivas em relação a essa cultura, o que ocorre quase exclusivamente com os esforços das/dos mães/pais para ensinar e manter sua cultura como um patrimônio para suas/seus filhas/filhos.³

As relações no contexto em que a criança se desenvolve são essenciais para a transmissão de conteúdos de forma transgeracional. Nesse sentido, a educação intrafamiliar se dedica a transmitir uma estrutura de valores que facilite seu desenvolvimento social.⁴

Desta forma podemos reforçar que os efeitos da socialização cultural da família, no entanto, são mais consistentes quando comparados à socialização entre pares, sugerindo que as/os mãe/pais são agentes centrais de socialização e moldam a identidade racial/étnica das/dos filhas/filhos seguindo os valores culturais.³

A literatura científica aponta de forma expressiva que a parentalidade é uma característica relevante da cultura, e um importante sistema para a transmissão de valores culturais e comportamentos entre as gerações, pois acredita que as pessoas cuidadoras estão presentes na atividades corriqueiras, nas escolhas, julgamentos nas decisões que estes são orientados a tomar em relação a suas filhas/filhos.⁵

Dentre as decisões tomada pelas mulheres, podemos citar as reprodutivas. A autonomia reprodutiva é vista como um direito humano básico para uma vida digna e essencial, porém as mulheres ainda encontram obstáculos para o exercício desta autonomia e da liberdade e uma das dificuldades está relacionada às suas características sociodemográficas⁶, a citar, idade, religião, estado conjugal, nível educacional, cor/raça.⁷

Marcado por características sexistas e patriarcais, a divisão entre o que compete ao homem e o que seria próprio da mulher ainda é transmitida e reforçada como um valor culturalmente determinado. Os estereótipos de gênero ainda estão presentes nos núcleos familiares e a perpetuação destes modelos gera impactos no modo pelo qual as gerações atuais entendem e significam a parentalidade bem como na forma como filhas e filhos reproduzirão e exercerão a maternidade e a paternidade nas gerações futuras.⁴

Estudos apontam que no ambiente familiar ocorrem as maiores violações ao direito das mulheres sobre a sua autonomia reprodutiva e que estas se dão em condições de desigualdades de gênero, classe e cultura⁸, inclusive em contextos culturais que aceitam o domínio masculino e as normas patriarcais.⁹

A efetivação da autonomia reprodutiva da mulher aponta a importância de se aprofundar a discussão, principalmente, voltada para grupos populacionais com maior vulnerabilidade socioeconômica¹⁰, como é o caso das mulheres quilombolas. A cultura das comunidades quilombolas é embasada em normas sociais e culturais e que poderá ser repassada de mães para filhas em diversos aspectos, devido às questões relativas a sexismo, patriarcado e gênero.

Considerando a importância do tema que envolve relação intergeracional entre mães e filhas e autonomia reprodutiva entre mulheres quilombolas, este estudo teve como objetivo analisar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes na transmissão intergeracional entre mães e filhas.

MÉTODOS

Estudo transversal e analítico realizado nas comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista–Bahia localizado no centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano (TISB).

A escolha pelo município se deve ao fato de ser um local pertencente ao Território de Identidade Sudoeste Baiano com uma quantidade de comunidades quilombolas com características culturais próprias.

No município de Vitória da Conquista, temos 23 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares: Boqueirão, Corta Lote, Baixa Seca, Lagoa de Melquiades, Quatis dos Fernandes, Lagoa dos Patos, São Joaquim de Paulo, Furadinho, Alto da Cabeceira, Lagoa Maria Clemência, Batalha, Lagoa do Arroz, Ribeirão do Paneleiro, Lagoa de Vitorino, Cachoeira do Rio Pardo, Sinzoca, Laranjeiras, Barreiro do Rio Pardo, São Joaquim do Sertão, Barrocas, Cachoeira das Araras, Lamarão e Cachoeira dos Porcos.¹¹

Em virtude da pandemia de COVID-19 e por dificuldades logísticas, não foi possível realizar um censo populacional envolvendo todas as comunidades deste município. A impossibilidade de acessar o registro do número de famílias por comunidade quilombola também inviabilizou a utilização de uma amostra probabilística. Assim, optou-se por conduzir a pesquisa em apenas nove comunidades, por meio de uma amostra do tipo não probabilística por conveniência que incluiu mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: mulher em idade reprodutiva de 18 a 49 anos; mães e filhas de comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares no município de Vitória da Conquista, que autorizaram a visita para coleta dos dados e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as mulheres (mães e/ou filhas) que não residiam na comunidade no momento, que apresentassem doenças cognitivas ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão do instrumento da coleta de dados e as que, por algum motivo, não finalizassem a entrevista.

Buscando dar uma maior representatividade territorial, o município foi dividido em Eixos (Eixo 1 – Quadrante Central; Eixo 2 – Quadrante Norte; Eixo 3 – Quadrante Centro-Oeste; e Eixo 4 – Quadrante Sul). Então, as nove comunidades foram sorteadas, obedecendo à proporcionalidade por eixo, resultando na seleção das seguintes comunidades: Ribeirão do Paneleiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

A aproximação inicial foi realizada com o Conselho das Associações Quilombolas do Território do Sudoeste Baiano (CAQSUB), participando de reuniões com presença das lideranças representantes de cada comunidade deste território. Essa aproximação foi importante, pois estabeleceu confiança e parcerias com as mulheres lideranças de cada comunidade, permitindo o elo entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa.

Esses encontros nas comunidades estudadas aconteceram de forma previamente agendada com as líderes destas comunidades após o contato feito por elas com as mulheres a serem entrevistadas. Os dias e horários foram estabelecidos de acordo com a disponibilidade da população em estudo para cada comunidade. Essa parceria foi extremamente relevante e necessária para o desenvolvimento da pesquisa.

As lideranças comunitárias realizaram o levantamento das mulheres quilombolas (mães e filhas) que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa e, a partir daí, foram realizadas visitas aos respectivos domicílios, onde foram feitos os convites às mulheres quilombolas com agendamento de horário e dia oportunos para a aplicação dos instrumentos para a coleta dos dados.

Considerando que não houve nenhuma recusa, todas as mulheres das nove comunidades selecionadas que preenchiam os critérios de inclusão fizeram parte da amostra. Desta forma, a amostra de estudo foi composta por 160 mulheres quilombolas (80 mães e 80 filhas), duas de Ribeirão do Panelheiro, 24 de Barrocas, 26 de Boqueirão, duas de Sinzoca, 10 de Lagoa dos Patos, 14 de Laranjeiras, 12 de São Joaquim do Sertão, 38 de Lagoa de Maria Clemência e 32 de Lagoa de Melquíades.

Os dados foram coletados entre os meses de julho de 2019 e março de 2020, por meio de entrevista individual realizada pela própria pesquisadora em companhia de líderes quilombolas de cada comunidade estudada. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos descritos a seguir:

O primeiro instrumento, o questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde¹², foi utilizado para contemplar, como variáveis independentes, as características sociodemográficas relativas às mulheres (idade, estado civil, grau de instrução, cor/raça autodeclarada, se tem trabalho atual, renda individual, religião).

O segundo foi a Escala de Autonomia Reprodutiva¹³, que foi adaptada culturalmente para aplicação em mulheres brasileiras e demonstrou boa confiabilidade.¹⁴ Todas as informações sobre a estrutura, itens, propriedades psicométricas e forma de cálculo dos escores da Escala de Autonomia Reprodutiva podem ser encontradas em estudo previamente publicado por nosso grupo de pesquisa.¹⁴

Resumidamente, a Escala de Autonomia Reprodutiva é constituída por 14 itens e subdivida em três subescalas: (i) “tomada de decisão” (quatro perguntas), (ii) “ausência de coerção” e (iii) “comunicação” (ambas constituídas de cinco questões).

Para cada uma das três subescalas, é contabilizada uma pontuação média, com pontuações mais altas indicando níveis mais elevados de autonomia reprodutiva. Contudo, para calcular o escore da subescala “ausência de coerção”, é necessária a inversão da pontuação dos itens visto que as questões deste constructo são de cunho invertido (*i.e.*, contrários à autonomia reprodutiva).¹³

Os dados foram tabulados em planilhas do Software Excel 2010. Utilizou-se procedimentos da estatística descritiva para expressar os resultados como frequências absolutas e relativas, médias ou medianas e desvios padrão ou amplitudes interquartis. Verificou-se a normalidade das variáveis quantitativas por meio do teste Kolmogorov-Smirnov.

Para a comparação das características sociodemográficas entre mães e filhas, utilizou-se os testes qui-quadrado, para as variáveis qualitativas, e o teste Mann-Whitney, para as variáveis quantitativas. Com o intuito de avaliar a transmissão intergeracional da autonomia reprodutiva,

cada filha foi pareada a sua mãe e, então, procedeu-se com o teste Wilcoxon para comparar os escores entre mães e filhas. O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e o método de Bland e Altman¹⁵, foram usados como medidas de concordância.

O grau de concordância pelo CCI foi interpretado da seguinte forma: CCI <0,40 = concordância pobre; $0,40 \leq \text{CCI} < 0,75$ = concordância satisfatória a boa; CCI $\geq 0,75$ = concordância excelente.¹⁶ Análises de regressão linear simples e múltipla foram conduzidas para avaliar possíveis fatores intervenientes da transmissão intergeracional em constructos da autonomia reprodutiva que não foi observada evidência de transmissão de mães para filhas.

O modelo múltiplo foi construído usando o método *backward*, pelo qual todas as características sociodemográficas avaliadas (variáveis independentes) foram inicialmente incorporadas ao modelo e, subsequentemente, as variáveis com os maiores valores de alfa (α) foram removidas uma a uma até que fosse atingido o valor mínimo de 0,10. Assim, todas as variáveis independentes que alcançaram um $\alpha \leq 0,10$ foram mantidas no modelo final para fins de ajuste.

O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e todas as análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics para Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.) e MedCalc versão 9.1.0.1 (2006, Mariakerke, Belgium).

A pesquisa foi pautada nos preceitos éticos que regem a Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – CAAE: 14087019.1.0000.5531, Parecer de Aprovação nº 3.448.011 –, iniciou-se a coleta de dados, sendo as participantes inicialmente esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, da garantia à privacidade e confidencialidade das informações, do direito de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo e da sua contribuição voluntária. Não havendo recusa, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este manuscrito é um recorte da tese intitulada “Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas”.

RESULTADOS

As características sociodemográficas verificadas nas 80 mães e 80 filhas incluídas no estudo são descritas na Tabela 1. O grupo das mães apresentou maior frequência (66,2%) de mulheres casadas ou com companheiro, que trabalhavam atualmente (51,2%) e maior renda

individual mensal (mediana = 358 reais vs. 130 reais). Essas diferenças entre as proporções foram estatisticamente significantes, quando comparadas às do grupo das filhas.

Observa-se que, entre as mães que trabalham, as atividades laborais que mais se destacam são: lavradora (41,25%), empregada doméstica (16,5%) e diarista (6,25%); entre as filhas que trabalham, as atividades mais relatadas foram empregada doméstica (15%), babá (7,5%) e lavradora (6,25%). A fonte de renda mensal das mães e filhas se refere ao trabalho e ao programa Bolsa Família.

Por outro lado, as filhas apresentaram mais anos de estudo (10,50 anos), e não foram observadas diferenças estatísticas entre mães e filhas em relação a cor/raça e religião.

Quanto à cor/raça autodeclarada, obteve-se duas classificações que são branca e negra, sendo que negras representa a somatória das mulheres que se autodeclararam pretas e pardas. No que se refere a religião, consideramos na categoria de não católica as demais repostas que foram: não tem religião e a religião Evangélica.

Tabela 1- Diferenças entre as proporções de mães e filhas participantes do estudo, segundo características sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Mãe | Filha | *p-valor |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| | Mediana ± AIQ / n (%) | Mediana ± AIQ / n (%) | |
| Idade (anos) | 44,00 ± 7,00 | 21,50 ± 5,00 | < 0,001 |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 27 (33,8) | 47 (58,8) | 0,003 |
| Casada/com companheiro | 53 (66,2) | 33 (41,2) | |
| Anos de estudo (anos) | 3,00 ± 2,00 | 10,50 ± 5,00 | < 0,001 |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 8 (10,0) | 5 (6,2) | 0,563 |
| Negra | 72 (90,0) | 75 (93,8) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 41 (51,2) | 26 (32,5) | 0,025 |
| Não | 39 (48,8) | 54 (67,5) | |
| Renda individual/mensal(R\$) | 358,00 ± 663,00 | 130,00 ± 440,00 | 0,005 |
| Religião | | | |
| Não católica | 12 (15,0) | 11 (13,8) | 1,000 |
| Católica | 68 (85,0) | 69 (86,2) | |

Legenda: AIQ, amplitude interquartil. * Teste Mann-Whitney (idade, anos de estudo e renda) e teste qui-quadrado (estado conjugal, cor/raça, trabalha atualmente e religião).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 2 são apresentadas as comparações entre mães e filhas e o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) para os escores de autonomia reprodutiva. As análises indicaram que não houve diferença estatística nos escores de autonomia reprodutiva entre mães e filhas,

tanto no que se refere às três dimensões da escala (Tomada de decisão, Ausência de coerção e Comunicação) quanto na autonomia reprodutiva total. Apesar disso, observou-se por meio do CCI, ausência de concordância entre mães e filhas para a dimensão Tomada de decisão (CCI- 0,22), enquanto para os constructos Ausência de coerção (CCI- 0,70), Comunicação (CCI- 0,69) e Escore total (CCI- 0,71) foi verificada concordância satisfatória a boa, estatisticamente significantes.

Tabela 2- Distribuição das Médias \pm DP, valor de p e CCI, entre mães e filhas participantes do estudo segundo variáveis da subescala de autonomia reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Subescala | Mãe | Filha | *p-valor | CCI (IC95%) |
|---------------------|-----------------|-----------------|----------|----------------------------|
| | Média \pm DP | Média \pm DP | | |
| Tomada de decisão | 2,52 \pm 0,37 | 2,55 \pm 0,34 | 0,498 | 0,22 (-0,22 – 0,50) |
| Ausência de coerção | 3,36 \pm 0,62 | 3,44 \pm 0,51 | 0,368 | 0,70 (0,53 – 0,81) |
| Comunicação | 3,09 \pm 0,62 | 3,12 \pm 0,59 | 0,694 | 0,69 (0,52 – 0,80) |
| Total | 3,02 \pm 0,36 | 3,07 \pm 0,32 | 0,089 | 0,71 (0,55 – 0,82) |

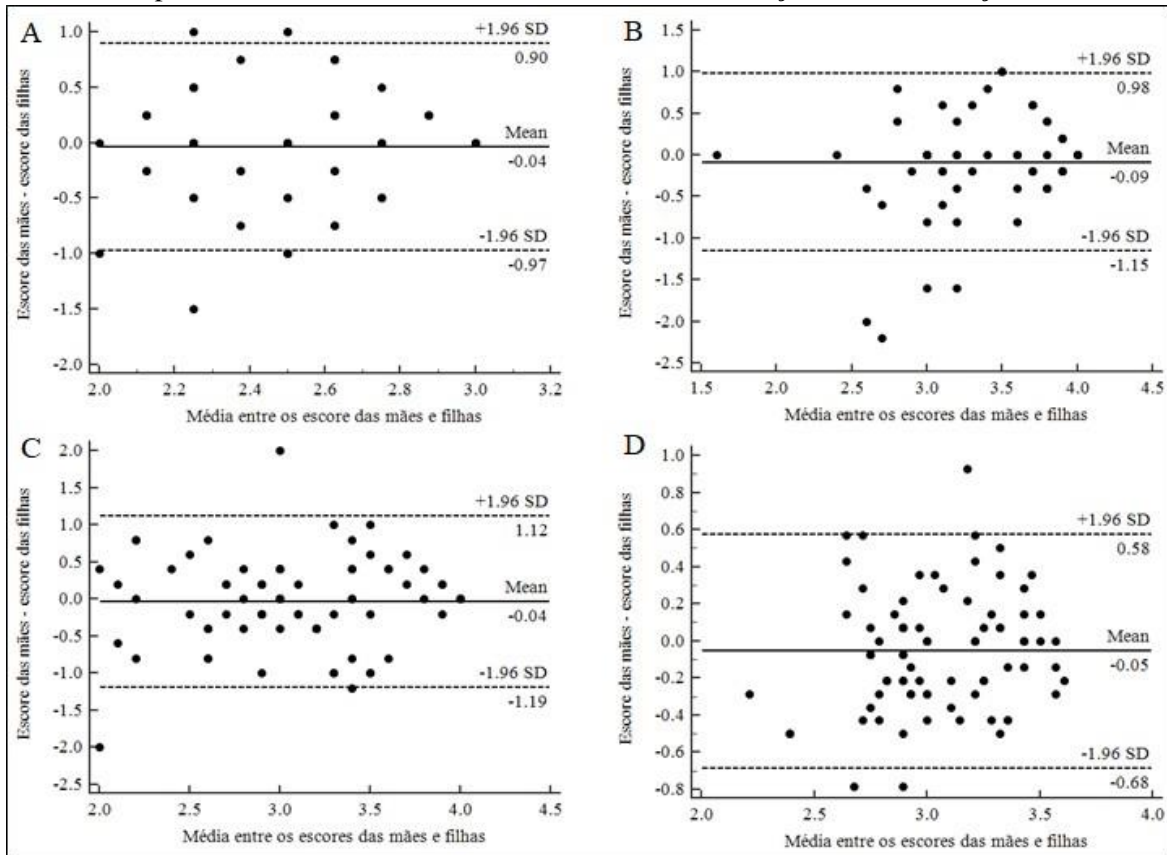
Legenda: DP, desvio padrão; CCI, coeficiente de correlação intraclasse; IC95%, intervalo de confiança de 95%. * teste Wilcoxon.

*CCI foi interpretado da seguinte forma: CCI < 0,40 = concordância pobre; $0,40 \leq$ CCI < 0,75 = concordância satisfatória a boa; CCI \geq 0,75 = concordância excelente.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

A análise de Bland-Altman mostrou menor concordância na autonomia reprodutiva entre mães e filhas para a dimensão Tomada de decisão e maior concordância para os constructos Ausência de coerção, Comunicação e escore total. (Figura 1).

Figura 1- Gráficos de Bland-Altman para as diferenças médias entre mães e filhas nos escores de autonomia reprodutiva: A, tomada de decisão; B, ausência de coerção; C, comunicação; D, total.



Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Análise de regressão foi conduzida na tentativa de identificar fatores intervenientes da transmissão intergeracional na autonomia reprodutiva relacionada a subescala “Tomada de decisão”. Após a aplicação do método *backward*, apenas duas variáveis (idade da mãe e cor/raça da filha) permaneceram no modelo de predição da diferença entre filhas e mães no escore de autonomia reprodutiva do constructo tomada de decisão, sendo que as demais variáveis foram excluídas por não terem atingido o critério estatístico de permanência no modelo (p -valor $\leq 0,10$).

Na Tabela 3 são apresentados os resultados das regressões lineares simples e múltipla para a predição da diferença entre filhas e mães no escore de autonomia reprodutiva do constructo Tomada de decisão. A análise univariada indicou que apenas a cor/raça da filha foi associada diferença entre filhas e mães no escore de Tomada de decisão. Já o modelo de regressão múltipla demonstrou que a idade da mãe (associação negativa) e a cor/raça das filhas (associação positiva) foram preditores independentes da diferença entre filhas e mães no escore do constructo tomada de decisão. Esses resultados sugerem que a transmissão intergeracional

relacionada à “Tomada de decisão” é menor quando as mães são mais jovens e as filhas se autodeclararam como negras.

Tabela 3- Associação bruta e ajustada entre o escore de autonomia reprodutiva do constructo tomada de decisão de mães e filhas estudadas e variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável independente | $\Delta_{\text{filhas-mães}}$ Tomada de decisão | |
|---------------------------|---|---------------------------------------|
| | β_{bruto} (p-valor) | * β_{ajustado} (p-valor) |
| Idade da mãe (anos) | -0,026 (0,056) | -0,027 (0,039) |
| Cor/raça da filha (negra) | 0,484 (0,028) | 0,423 (0,049) |

Legenda: Δ , diferença. *p-valor modelo = 0,020; $r^2 = 0,10$.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

DISCUSSÃO

As mulheres quilombolas constituem um grupo social marcado por influências culturais e por diferentes marcadores sociais como gênero, raça/etnia e geração, que impactam nas suas condições de vida, trabalho, relações afetivas/sexuais, entretanto, é possível considerar, nos estudos de gênero, a possibilidade de reconstrução de uma nova realidade.¹⁷

Contudo, na análise de similaridade intergeracional entre as características sociodemográficas de mães e filhas quilombolas deste estudo, foi evidenciado que não houve diferenças estatísticas (p-valor > 0,05) para as variáveis cor/raça e religião. Desta forma, podemos sugerir para estas variáveis, que a mãe pode ter servido de referência ou modelo para a transmissão de comportamento social para a sua filha.

Este fato pode ter ocorrido por considerar a mãe como o principal agente de socialização que busca estimular entre as suas filhas, comportamentos que são considerados pertinentes ou corretos.¹⁸

O núcleo familiar possui relações interpessoais próprias e singulares que podem transmitir diversos modelos de comportamento e vivência e nesse sentido parte da identidade de cada sujeito está relacionada à estrutura de sua família. Sendo assim, as experiências socializadoras, aquelas mantidas no ambiente familiar, definirão as possibilidades e limites de suas trajetórias.⁴

Com relação à variável cor/raça, reafirmamos a existência do racismo estrutural da nossa sociedade, que molda todos os aspectos da vida social. Assim, a mãe quilombola negra pode ter sido influenciada por fatores externos, como a religião católica, ou internos pela presença

de mulheres brancas que se casaram com homens negros e vivem nos quilombos. As mães se esforçam para preservar a cultura e a herança em diversos contextos entre os seus filhos, inclusive na relação com grupos pertencentes ao mesmo grupo étnico para o bem-estar socioemocional, caso contrário, torna-se mais difícil o convívio quando ocorre diferenças em expectativas e valores, o que poderá gerar sentimentos conflitantes e estressores do bem-estar psicológico.³

A relação entre religião e a similaridade intergeracional neste estudo pode ter ocorrido porque esta variável é frequentemente sujeita à influência sociocultural, histórica e familiar, sendo que a mãe tem maior prática com a religião e maior probabilidade de modelar a filha por ser mais semelhante a si mesma. Situação semelhante ocorreu em um estudo realizado com mães e filhas que apontou que as crenças religiosas das mães estavam associadas às crenças das filhas, o que pode sugerir um processo de socialização da filha devido ao ambiente familiar.¹⁹

Não há similaridade intergeracional em duas variáveis: estado conjugal e a escolaridade. Mesmo sendo o estado conjugal de casada considerado como um padrão familiar entre famílias tradicionais, neste estudo, ocorreu com maior frequência para a primeira geração de mulheres. Contrapondo este resultado, pode-se dar pelo fato que as filhas têm como média de idade 21 anos e, com o passar do tempo, a mulher vai determinando prioridades, a exemplo, antes, planejar uma família, hoje, entrar no mercado de trabalho.²⁰

Com relação ao nível de escolaridade, identifica-se que as filhas apresentaram mais anos de estudos quando comparadas às mães. Há um esforço das mães para aumentar a escolarização das filhas, pois reconhecem os benefícios da educação para a mudança de status social, para diminuir as desigualdades a que são sujeitas. Ainda assim, a comunidade quilombola apresenta fatores desfavoráveis para desigualdades sociais, dentre elas, o nível de escolaridade²¹, sendo o baixo nível de escolaridade comum entre famílias desfavorecidas.²²

Esta característica se tornou um ponto diferencial e positivo quando se trata de questões relacionadas a transmissão intergeracional, pois reflete a existência de um comportamento positivo entre as filhas para a busca de uma melhoria de vida.²²

Sabe-se da complexidade e dificuldade de avaliar a autonomia reprodutiva e a relação intergeracional entre mulheres, em especial, as quilombolas. Para entender como se mostrou esta relação com a população deste estudo, foi utilizado a Escala de Autonomia Reprodutiva e a análise das subescalas.¹³

As mães e filhas quilombolas não apresentaram diferença estatisticamente significativa (p -valor $>0,05$) para as subescalas “Tomada de decisão”, “Ausência de coerção” e “Comunicação”, ou seja, apresentaram similaridade de comportamento para cada uma destas

subescalas. Este resultado poderá ser justificado devido ao processo de socialização ter maior alcance quando a modelação acontece em indivíduos que são mais semelhantes em relação a contextos históricos e culturais.¹⁹

Porém, na análise mais rebuscada através do teste de concordância, foi possível identificar que existiu concordância entre filhas e mães de forma satisfatória a boa para as subescalas “Ausência de coerção” e “Comunicação”. A primeira mede a presença da coerção, por parte dos parceiros, relativa a questões como: se houve impedimento por parte do seu parceiro de usar um método para evitar a gravidez quando você queria usar um; se seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de um método, quando você queria usar um; se seu parceiro te fez usar algum método quando você não queria; se seu parceiro te impediu de usar um método para evitar gravidez se você quisesse usar um e se seu parceiro te pressionou a engravidar. A segunda este relacionada à situação de conforto da mulher em conversar com seu parceiro sobre suas escolhas reprodutivas.

Nos estudos científicos, é apontado que nas comunidades quilombolas, o homem assume papel social associado à masculinidade e a mulher um papel submisso ao homem.²³ Situação semelhante foi observada em mulheres dentro de famílias em uma comunidade rural mais conservadora em termos de relações de gênero, na África.²⁴

Provavelmente o homem quilombola tem total domínio sobre os desejos reprodutivos da companheira, pois entre as mulheres negras, a coerção reprodutiva ocorre em maior probabilidade quando comparada a mulher branca, indicativo de uma construção social profundamente enraizada de que o homem é que decide pela mulher.²⁵

O empoderamento das mulheres possibilita tomada de decisões e ampliação da capacidade crítico-reflexiva das mesmas para olhar a realidade onde se relacionam, vivem e trabalham, além de ser considerada ferramenta da promoção da saúde pois busca alicerçar estratégias de fortalecimento de populações vulneráveis e consequente melhoria da qualidade de vida, cidadania e redução das iniquidades em saúde.²⁶

Esta construção social e histórica poderia reforçar a coerção reprodutiva a ser sofrida pela mulher quilombola, porém, chama a atenção neste estudo, no tocante à subescala “Ausência de coerção” que, visto que as mães afirmaram não sofrer coerção reprodutiva, subentende-se que este desempenho foi apreendido pela filha, através da relação intergeracional¹⁹. Como já exposto, mulheres quilombolas vivem em um contexto social e culturalmente conservador e desigual em termos de desigualdade de gênero ao se considerar a autonomia das mulheres. Isso reforça que as mulheres em diferentes contextos, podem apresentar similaridades ou não sobre autonomia reprodutiva. Assim, torna-se relevante a

necessidade de mais estudos para uma melhor compreensão sobre o tema coerção reprodutiva e comunidades tradicionais.

Com o intuito de identificar fatores intervenientes da transmissão intergeracional entre mães e filhas para a autonomia reprodutiva na subescala “Tomada de decisão”, foi preciso uma análise mais aprofundada. Identificou-se duas variáveis independentes que foram: a idade da mãe e a cor/raça da filha, sendo que a redução na transmissão intergeracional desse constructo foi associada à menor idade da mãe e ao pertencimento racial das filhas.

Sobre estes aspectos da não transmissão intergeracional não foram encontradas evidências na literatura, contudo, hipóteses foram levantadas, a começar sobre a menor idade da mãe. A geração atual tem sido retratada como mais crítica às questões que envolvem liberdade de escolhas e opiniões, o que poderá influenciar na continuidade ou não da transmissão intergeracional, pressupondo-se que uma mulher mais velha, no contexto familiar, tem mais experiências, o que poderá proporcionar comportamentos a serem apreendidos.

Com relação ao fato de a filha negra estar associada a uma menor transferência, ou seja, o autorreconhecimento da filha como negra prejudica a transferência intergeracional, há menos clareza, no entanto, é possível supor que devido ao preconceito racial sofrido, o estigma étnico afete negativamente o ajuste psicossocial.²⁷

Esta situação poderá comprometer a modelagem de comportamento entre mãe e filha, principalmente levando em consideração um estudo que apontou que mães negras enfrentam diariamente a probabilidade de suas filhas serem tratadas injustamente como resultado de sua raça, exigindo que mantenham níveis excessivos de vigilância diante do implacável racismo estrutural, cultural, institucional e interpessoal.²⁸

Além disso, para a desigualdade racial dos jovens, pré-requisito para o desenvolvimento da identidade racial, o indivíduo deve primeiro escolher um membro da família antes de desenvolver sentimentos e comportamentos.²⁹ Quando é identificada a discriminação racial, isto poderá causar sofrimento psicológico e diminuir o bem-estar entre os jovens.³⁰

Dessa forma, à medida que a filha explora uma identidade racial, ela poderá tomar decisões sobre qual comportamento seguir e ajustar os seus rótulos próprios, nesse processo, poderá resultar em mudanças nas atitudes.²⁸

Dito isto, sugere-se que futuros estudos incluam a questão intergeracional entre mães e filhas negras, avaliando questões sobre a autonomia reprodutiva de forma mais densa, como sugestão, através de estudos qualitativos.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, é possível concluir que a autonomia reprodutiva é transferida de forma intergeracional entre mães e filhas quilombolas, sendo que essa transmissão ocorre, sobretudo, nos domínios “Ausência de coerção” e “Comunicação”. Com relação ao domínio Tomada de decisão, conclui-se que a autonomia reprodutiva da mãe não tem concordância com a autonomia reprodutiva da filha o que demonstra não ter transmissão nesse constructo.

Assim, a idade da mãe e a cor/raça da filha foram fatores intervenientes na transmissão intergeracional relacionada ao constructo “Tomada de decisão”, sendo que redução na transmissão intergeracional desse constructo foi associada a menor idade da mãe e o autorreconhecimento da filha como negra.

É possível afirmar que as filhas não acompanham a mesma escolha das mães, o que pode ser entendido por uma acessibilidade maior aos serviços de planejamento reprodutivo e ao aumento nos níveis de escolaridade que possibilita um entendimento melhor das informações dos cuidados com a saúde, embora as comunidades quilombolas vivenciem um contexto com dinâmicas peculiares.

Além disso, contribui para a nossa compreensão dos processos que envolvem a autonomia reprodutiva e a transmissão intergeracional, um valor cultural particularmente importante para as mulheres quilombolas que apresenta especificidades comparadas a mulheres de outras raças/etnias.

Dito isto, a transmissão intergeracional entre mães e filhas quilombolas são aspectos fundamentais a serem compreendidos por profissionais da área saúde e em particular da enfermagem que atuam em comunidades quilombolas, que podem oferecer tanto um atendimento de acordo com suas especificidades como também trabalhar estratégias que venham a empoderar essas mulheres nas questões que envolvam sua saúde reprodutiva

Apesar de sua relevante contribuição, o presente estudo apontou limitações, necessitando da realização de estudo qualitativo para o aprofundamento das questões apresentadas nos resultados. Compreender as questões relacionadas às decisões reprodutivas é importante para aprofundar nosso conhecimento e qualificar o cuidado prestado às mulheres quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira Freitas-Junior RA, Damasio Santos CA, Lisboa LL, Oliveira Freitas AK, Azevedo GD. An innovative educational strategy to addressing cultural competence in healthcare for quilombola women. *Educ Health [serial online]* 2019 [cited 2020 Oct 28];32:146-9. Available from: <https://www.educationforhealth.net/text.asp?2019/32/3/146/282876> DOI: 10.4103/efh.EfH_255_19
2. Campos MT de A, De Tilio R de, Crema IL. Socialização, Gênero e Família: Uma Revisão Integrativa da Literatura Científica. *Pensando Famílias*, [online]. 2017, vol.21, n.1 [citado 2020 Nov 10], pp. 146-161. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-494X.
3. Wang Y, Benner AD. Cultural Socialization across Contexts: Family-Peer Congruence and Adolescent Well-being. *J Youth Adolescence* 45, 594–611 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0426-1>
4. Botton A, Cúnico SD, Barcinski M, Strey MN. Os Papéis Parentais nas Famílias: Analisando Aspectos Transgeracionais e de Gênero. In.: *Pensando Famílias*, 19(2), dez. 2015, (43-56).
5. Fonseca BR, Cavalcante LIC, Mendes DMLF. Metas de socialização da emoção: um estudo de mães residentes no meio rural. *Psico. Porto Alegre*, 2017; 48(3), 174-185. ISSN 0103-5371
6. Loll D, Fleming PJ, Manu A, Morhe E, Stephenson R, King EJ, Hall KS. Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women. *Global Public Health*, 2019.15:4, 571-586. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1695871>
7. Osamor P, Grady C. Factors associated with women’s health care decision-making autonomy: empirical evidence from Nigeria. *J Biosoc Sci [Internet]* 2018 [cited 2020 Sep 20]; 50(1):70-85. doi:10.1017/S0021932017000037.
8. Diuna V, Ventura M, Simas L, Larouzé B, Correa M. Women’s reproductive rights in the penitentiary system: tensions and challenges in the transformation of reality. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2016 [cited 2020 Out 24]; 21(7):2041-2050. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>
9. Masho SW, Rozario S, Walker D, Cha S. Racial Differences and the Role of Marital Status in the Association Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence*, 1 – 24, 2016. <https://doi.org/10.1177/0886260516635317>
10. Scott P, Nascimento FS, Cordeiro R, Nanes G. Redes de Enfrentamento da Violência contra Mulheres no Sertão de Pernambuco. *Revista Estudos Feministas*, [Online]. 2016, vol.24, n.3 [cited 2020 Out 22]; 24(3):851-870. pp.851-870. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000300851&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2016v24n3p851>.

11. Fundação Cultural Palmares. Comunidades remanescentes de quilombos [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 02]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>
12. Pesquisa Nacional de Saúde – PNS. Delineamento da PNS [Internet]. 2013 [cited Aug 20] Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=delineamento>
13. Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and Validation of a Reproductive Autonomy Scale. *Stud Fam Plann*, v. 45, 45, 19–41. n. 1, 2014. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>
14. Fernandes ETBS, Dias ACS, Ferreira SL, Marques GCM, Pereira COJ. Cultural and reliable adaptation of the Reproductive Autonomy Scale for women in Brazil. *Acta paul enferm*. 2019;32(3):298-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900041>
15. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1, 307–310, 1986.
16. Matos DAS. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. *Est. Aval. Educ.*, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez. 2014.
17. Grossi PK, Oliveira SB, Oliveira JL. Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. *Revista de Políticas Públicas*. 2018 [citado em 2018 Mai]; 22:929-47. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9825/5781>
18. Fernandes AV, Alexandre MES de, Galvão LK de S. Socialização em sentimentos empáticos com díades mãe-filho. *Revista Brasileira de Iniciação Científica*, 2(3), 2015. P.112–127.
19. Halgunseth LC, Jensen AC, Sakuma K-L, Mchale SM. The Role of mothers' and fathers' religiosity in African American adolescents' religious beliefs and practices. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2016 July; 22(3), 386–394. <https://doi.org/10.1037/cdp0000071>
20. Almeida APF, Assis MM. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mar 12]; 5(5):85-93, 2017. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/57/51>
21. Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuid*. [Internet]. 2018 [citado 2020 Out 19];9(2):2187-200. Disponible en: <https://revistacuidarte.uedes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/521>
22. Bayma-Freire H, Roazzi A, Roazzi MM. O nível de escolaridade dos pais interfere na permanência dos filhos na escola? *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 2015, Vol.: 2, Nº.: 1, Pp. 35-40. DOI: 10.17979/reipe.2015.2.1.721

23. Barroso SM, Melo AP, Guimarães MDCG. Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. *Rev Bras Epidemiol* APR-JUN 2015; 18(2): 503-514. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020017>
24. Adjiwanou V, N’bouke A. Exploring the Paradox of Intimate Partner Violence and Increased Contraceptive Use in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 46(2), p. 127-42, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2015.00020.x>
25. Holliday CN, Miller E, Decker MR, Burke JG, Documet PI, Borrero SB, Silverman JG, Tancredi DJ, Ricci E, Mccauley HL. Racial Differences in Pregnancy Intention, Reproductive Coercion, and Partner Violence among Family Planning Clients: A Qualitative Exploration. *Health Issues* 28-3 (2018) 205–211. [cited 2020 Aug 04]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.02.003>
26. Durand MK, Heidemann ITSB. Quilombola women and Paulo Freire’s research itinerary. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Dec 08]; 29:e20180270. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0270>
27. Butler-Barnes ST, Martin PP, Hope EC, Copeland-Linder N, Scott ML. Religiosity and Coping: Racial Stigma and Psychological Well-Being among African American Girls. *J Relig Health*, 57, 1980-1995, 2018. [cited 2020 Sep 02]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0644-9>
28. Colen CG, Li Q, Reczek C, Williams DR. The Intergenerational Transmission of Discrimination: Children’s Experiences of Unfair Treatment and Their Mothers’ Health at Midlife. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 60, n. 4:474–492, 2019. [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://doi.org/10.1177/0022146519887347>
29. Cheon YM, Bayless SD, Wang Y, Yip T. The Development of Ethnic/Racial Self-Labeling: Individual Differences in Context. *J Youth Adolescence* 47(10): 2261–2278. 2018. [cited 2020 Out 15]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0843-4>
30. Seaton E K, Iida M. Racial Discrimination and Racial Identity: Daily Moderation Among Black Youth. *American Psychologist*. Vol. 74, No. 1, 117–127. 2019. [cited 2020 Out 18]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000367>

5.2 MANUSCRITO 2 - PRÁTICAS REPRODUTIVAS DE MULHERES QUILOMBOLAS EM DIFERENTES GERAÇÕES: ESTUDO TRANSVERSAL

PRÁTICAS REPRODUTIVAS DE MULHERES QUILOMBOLAS EM DIFERENTES GERAÇÕES: ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas reprodutivas de mulheres quilombolas e fatores intervenientes em diferentes gerações. **Método:** estudo transversal e analítico desenvolvido com 160 mulheres (80 mães e 80 filhas) quilombolas em um município localizado no centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio de questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (Adaptado) aplicado em mulheres em idade reprodutiva de 18 a 49 anos. **Resultados:** O grupo das mães apresentou maior frequência de mulheres casadas ou com companheiro (66,2%), que trabalhavam atualmente (51,2%) e maior renda (mediana = 358); por outro lado, as filhas apresentaram mais anos de estudo (10,5 anos). As características reprodutivas que apresentam algum grau de transmissão intergeracional entre mães e filhas quilombolas foram idade da primeira menstruação e número de partos. Verificou-se concordância pobre entre mães e filhas para o número de partos, enquanto para a idade da primeira menstruação foi verificada concordância satisfatória a boa. As mães apresentaram maior frequência de realização de exame citopatológico de colo de útero (72,5%), mamografia (33,8%) e gravidez pregressa (100%). Por outro lado, as filhas tiveram maior frequência de participação em grupo de planejamento familiar (37,2%) e uso de método contraceptivo (80,5%). Não foram observadas diferenças estatísticas entre mães e filhas para as variáveis relação sexual nos últimos 12 meses e participação do parceiro em grupo de planejamento familiar. **Conclusão e implicações para a prática:** Os resultados indicam que algumas características reprodutivas, a transmissão intergeracional corresponde à influência dos valores e das atitudes demonstrando a importância da relação mãe-filha. Nesse sentido, a figura materna ocupa lugar importante na escolha dessas práticas. É necessário, porém, uma reflexão sobre a baixa procura e realização de exames e/ou condutas reprodutivas entre mulheres quilombolas.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva. Gerações. Mulher. Grupos Étnicos. Fatores Socioeconômicos.

INTRODUÇÃO

Oriundos de um movimento histórico de escravidão, opressão e exclusão, a população negra quilombola permaneceu durante muito tempo na invisibilidade sem que fossem garantidos seus direitos à assistência à saúde, a educação e os direitos à terra. Essas disparidades étnicoraciais impedem que os direitos contemplados na Constituição brasileira sejam garantidos a esta população o que implica em desigualdades no acesso aos serviços de saúde pelas mulheres negras.

Mesmo depois de um século da abolição da escravatura, as comunidades quilombolas ainda vivenciam situação de vulnerabilidade social principalmente em relação aos cuidados de saúde.¹ Diante de mudanças culturais, socioculturais, econômicas, educacionais e ambientais, assim como dificuldade de acesso aos serviços de saúde que perpassam as sociedades, estas contribuem para ampliar a complexidade da saúde reprodutiva entre populações quilombolas.

Além das questões de preconceito racial e cultural enfrentadas pela comunidade quilombola, a situação geográfica, de localização em meio rural, representa outro importante obstáculo para o acesso pleno aos cuidados de saúde.²

A interseccionalidade entre a identidade racial e gênero é o forte entre comunidades quilombolas principalmente entre mães e filhas negras. Sendo evidente na socialização parental, dois pontos específicos, a imagem influente de gênero, à luz das demandas contextuais históricas e a força de resistência à vulnerabilidade e a crença.³

Para que mulheres possam desfrutar de uma vida reprodutiva saudável com autonomia e liberdade, o acesso ao planejamento reprodutivo, ou seja, a métodos contraceptivos seguros oferecidos regularmente bem como uma educação para a saúde que promova a autonomia deve se constituir dentro do sistema de saúde como um direito básico fundamental. Entretanto, esse direito tem se restringido há alguns grupos sociais, revelando uma desigualdade quanto a raça/cor/etnia, como o das mulheres quilombolas.⁴ Essa população traz consigo experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.⁵

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde em consonância com a pouca escolaridade e piores condições de vida, limitam o conhecimento sobre métodos contraceptivos. Dessa maneira, privam muitas mulheres, especificamente as menos favorecidas como as quilombolas, de seus direitos sexuais e reprodutivos.⁶

No que se refere à saúde reprodutiva, as mulheres negras têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem, têm

menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia.⁵

As decisões conjuntas para o planejamento familiar baseiam-se na comunicação conjugal, o que implica que, quando os casais se comunicam com eficácia, é mais provável que concordem em conjunto sobre o tipo de método anticoncepcional, quantos filhos devem ter e o espaçamento entre eles.⁷

Através dos processos de socialização familiar, a transmissão intergeracional opera de forma direta quando corresponde à influência dos valores e das atitudes, das mães sobre as filhas. Nesse sentido, estudos demonstram a importância da relação mãe-filha, através da sua função socializadora ou atuando enquanto modelo, na transmissão de atitudes relativas aos papéis de gênero bem como aos profissionais e familiares.⁸

A figura materna ocupa lugar importante, uma vez que é vista como a principal motivadora e as filhas, como receptoras mais propensas para a repetição de padrões comportamentais.⁹ inclusive na tomada de decisão reprodutiva.¹⁰

Desse modo, o presente estudo objetivou analisar as práticas reprodutivas de mulheres quilombolas e fatores intervenientes em diferentes gerações.

MÉTODOS

Estudo transversal e analítico realizado com 160 mulheres quilombolas (80 mães e 80 filhas), em idade reprodutiva de 18 a 49 anos, residentes em 2020, nas comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista - Bahia. Este município está localizado no centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano e possui 23 comunidades quilombolas certificadas.¹¹

Para esta pesquisa, optou-se por um estudo de amostra do tipo não probabilística por conveniência. Desse modo, após a amostragem, essa pesquisa foi realizada em nove comunidades quilombolas: Ribeirão do Paneleiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Buscando dar uma maior representatividade territorial, o município foi dividido em Eixos (Eixo 1 – Quadrante Central; Eixo 2 – Quadrante Norte; Eixo 3 – Quadrante Centro-Oeste; e Eixo 4 – Quadrante Sul). As comunidades quilombolas foram localizadas de acordo suas coordenadas geográficas e seus respectivos distritos e então, aleatoriamente, o número de elementos foram sorteados em cada estrato de modo proporcional ao número de elementos

existentes em cada estrato e por fim, chegou-se ao estudo de nove comunidades quilombolas.

Então, as nove comunidades foram sorteadas, obedecendo à proporcionalidade por eixo, resultando na seleção das seguintes comunidades: Ribeirão do Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser mulher em idade reprodutiva de 18 a 49 anos; mães e filhas quilombolas de uma mesma família; ser de comunidade quilombola do município de Vitória da Conquista, certificada pela Fundação Cultural Palmares; que autorizaram a visita para coleta dos dados e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e como critério de exclusão: não estar residindo na comunidade no momento.

Os dados foram coletados entre os meses de julho de 2019 a março de 2020, por meio de entrevista individual realizada na residência das mesmas nas comunidades quilombolas contempladas no estudo. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS.¹² Para as variáveis dependentes, considerou-se as características sexuais e reprodutivas e para as variáveis independentes, as características sociodemográficas.

Utilizou-se procedimentos da estatística descritiva para expressar os resultados como frequências absolutas e relativas, medianas e amplitudes interquartis (AIQ). Verificou-se a normalidade das variáveis quantitativas por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Com o intuito de avaliar a transmissão intergeracional das características sexuais e reprodutivas, cada filha foi pareada a sua mãe.

Procedeu-se com o teste Wilcoxon para comparar as variáveis quantitativas e o teste McNemar para as variáveis qualitativas. O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e a estatística Kappa (K) foram usados como medidas de concordância.

O grau de concordância pelo CCI foi interpretado da seguinte forma: $CCI < 0,40$ = concordância pobre; $0,40 \leq CCI < 0,75$ = concordância satisfatória a boa; $CCI \geq 0,75$ = concordância excelente.¹³ A interpretação da estatística K foi a seguinte: $K < 0,20$ = concordância muito fraca; $0,20 \leq K < 0,40$ = concordância fraca; $0,40 \leq K < 0,60$ = concordância moderada; $0,60 \leq K < 0,80$ = concordância boa; $K \geq 0,80$ = concordância muito boa.¹⁴ O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e todas as análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics para Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.).

A pesquisa foi pautada nos preceitos éticos que regem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹⁵ Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, –

CAAE: 14087019.1.0000.5531, Parecer de Aprovação nº 3.448.011, 10/07/2019 –, iniciou-se a coleta de dados, sendo as participantes inicialmente esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, da garantia à privacidade e confidencialidade das informações, do direito de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo e da sua contribuição voluntária. Não havendo recusa, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este manuscrito é um recorte da tese intitulada “Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas”.

RESULTADOS

Participaram do estudo 160 mulheres quilombolas (80 pares de mães e filhas). As principais características sociodemográficas avaliadas nas 80 mães e 80 filhas incluídas no estudo são descritas na Tabela 1. As mulheres quilombolas entrevistadas tiveram idade variando de 18 a 49 anos, idade média das mães 44 anos (AIQ = 7) e idade média das filhas 21,5 anos (AIQ = 5).

Como esperado, a idade das mães (mediana = 44,0 anos; AIQ = 7,0) foi significativamente maior (p-valor < 0,001) do que a das filhas (mediana = 21,5 anos; AIQ = 5,0). O grupo das mães também apresentou maior frequência de mulheres casadas ou com companheiro (66,2% vs. 41,2%; p-valor = 0,003), que trabalhavam atualmente (51,2% vs. 32,5%; p-valor = 0,025) e maior renda (mediana = 358 reais vs. 130 reais; p-valor = 0,005); por outro lado, as filhas apresentaram mais anos de estudo (10,5 anos vs. 3,0 anos; p-valor < 0,001). Não foram observadas diferenças estatísticas entre mães e filhas na cor/raça (p-valor = 0,563) e religião (p-valor = 1,000).

Tabela 1- Distribuição das Medianas \pm AIQ entre mães e filhas quilombolas participantes do estudo, segundo características sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N = 160.

| Variável | Mãe | Filha | *p-valor |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|
| | Mediana \pm AIQ / n (%) | Mediana \pm AIQ / n (%) | |
| Idade (anos) | 44,00 \pm 7,00 | 21,50 \pm 5,00 | < 0,001 |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 27 (33,8) | 47 (58,8) | 0,003 |
| Casada/com companheiro | 53 (66,2) | 33 (41,2) | |
| Anos de estudo (anos) | 3,00 \pm 2,00 | 10,50 \pm 5,00 | < 0,001 |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 8 (10,0) | 5 (6,2) | 0,563 |
| Negra | 72 (90,0) | 75 (93,8) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 41 (51,2) | 26 (32,5) | 0,025 |
| Não | 39 (48,8) | 54 (67,5) | |
| Renda (R\$) | 358,00 \pm 663,00 | 130,00 \pm 440,00 | 0,005 |
| Religião | | | |
| Não católica | 12 (15,0) | 11 (13,8) | 1,000 |
| Católica | 68 (85,0) | 69 (86,2) | |

Legenda: AIQ, amplitude interquartil. * Teste Mann-Whitney (idade, anos de estudo e renda) e teste qui-quadrado (estado conjugal, cor/raça, trabalha atualmente e religião).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 2 são apresentadas as comparações entre mães e filhas quilombolas e o CCI para a idade da primeira menstruação e número de partos. As análises indicaram que houve diferença estatística entre mães e filhas no número de partos (p-valor < 0,001), mas não em relação a idade da primeira menstruação (p-valor = 0,052). Observou-se através do teste CCI uma concordância pobre entre mães e filhas para o número de partos (CCI= 0,39), enquanto para a idade da primeira menstruação (CCI= 0,43) foi verificada concordância satisfatória a boa.

Tabela 2- Distribuição das Medianas \pm AIQ entre mães e filhas quilombolas participantes do estudo, segundo variáveis (quantitativas) relacionadas a saúde sexual e reprodutiva . Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N = 160.

| Variável | Mãe | Filha | *p- valor | CCI (IC95%) |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|--------------------|
| | Mediana \pm AIQ | Mediana \pm AIQ | | |
| Idade da primeira menstruação (anos) | 13,00 \pm 2,00 | 12,00 \pm 1,00 | 0,052 | 0,43 (0,10 - 0,63) |
| Número de partos | 4,00 \pm 2,00 | 1,00 \pm 1,00 | < 0,001 | 0,39 (0,05 - 0,61) |

Legenda: AIQ, amplitude interquartil; CCI, coeficiente de correlação intraclasse; IC95%, intervalo de confiança de 95%. * teste Wilcoxon.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 3 é apresentada a comparação entre as mães e filhas quilombolas das variáveis qualitativas relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. As análises conduzidas com o teste McNemar indicaram que as mães apresentaram maior frequência de realização de exame citopatológico de colo uterino (72,5%), mamografia (33,8%) e gravidez progressa (100%). Por outro lado, as filhas tiveram maior frequência de participação em grupo de planejamento familiar (37,2%) e uso de método contraceptivo (80,5%). Não foram observadas diferenças estatísticas entre mães e filhas para as variáveis relação sexual nos últimos 12 meses e participação do parceiro em grupo de planejamento familiar. Por meio da estatística K, não foi possível observar concordância entre mães e filhas nas variáveis analisadas.

Tabela 3- Distribuição das proporções de mães e filhas quilombolas participantes do estudo, segundo variáveis (qualitativas) relacionadas a saúde sexual e reprodutiva . Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N = 160.

| Variável | Mãe | Filha | *p-valor | K (p-valor) |
|---|------------|------------|----------|---------------|
| | n (%) | n (%) | | |
| Exame citopatológico de colo uterino nos últimos dois anos | | | | |
| Sim | 58 (72,5) | 33 (41,2) | < 0,001 | -0,04 (0,638) |
| Não | 22 (27,5) | 47 (58,8) | | |
| Já fez mamografia | | | | |
| Não | 53 (66,2) | 79 (100,0) | < 0,001 | — |
| Sim | 27 (33,8) | 0 (0,0) | | |
| Relação sexual nos últimos 12 meses | | | | |
| Não | 6 (7,5) | 14 (17,5) | 0,115 | -0,13 (0,241) |
| Sim | 74 (92,5) | 66 (82,5) | | |
| Participação em GPF nos últimos 12 meses | | | | |
| Não | 62 (78,5) | 49 (62,8) | 0,043 | 0,10 (0,365) |
| Sim | 17 (21,5) | 29 (37,2) | | |
| Participação do parceiro em GPF | | | | |
| Não | 76 (98,7) | 72 (97,3) | 1,000 | -0,02 (0,864) |
| Sim | 1 (1,3) | 2 (2,7) | | |
| Usa método contraceptivo | | | | |
| Não | 49 (62,0) | 15 (19,5) | < 0,001 | -0,01 (0,870) |
| Sim | 30 (38,0) | 62 (80,5) | | |
| Já ficou grávida | | | | |
| Não | 0 (0,0) | 31 (38,8) | < 0,001 | — |
| Sim | 80 (100,0) | 49 (61,3) | | |

Legenda: GPF, grupo de planejamento familiar; —, não foi possível calcular o K porque pelo menos uma categoria foi constante nos dois grupos. * Teste McNemar.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

DISCUSSÃO

As mulheres quilombolas estudadas apresentam algum grau de transferência intergeracional entre mães e filhas no que se refere a menarca e ao número de partos. Sendo que a magnitude dessa transmissão foi maior para a idade da menarca e menor para o número de partos. Mesmo que verifiquemos entre as gerações estudadas uma certa transferência intergeracional, ainda assim o número de partos é maior nas mães que nas filhas. Pontuamos que os determinantes sociais influenciam na tomada de decisão reprodutiva.

Assim, a diminuição da taxa de fecundidade ocorre devido a fatores como níveis maiores de escolaridade, acesso e uso aos métodos contraceptivos, trabalho, adiamento da fertilidade.¹⁶ Nesse sentido, observa-se no estudo que o número menores de parto das filhas configura com a realidade educacional das mesmas quando comparadas às mães. As filhas apresentaram maior nível de escolaridade e conseqüentemente a educação é fator impactante sobre a tomada de decisão reprodutiva conseqüentemente tem mais informação aos métodos contraceptivos.

Embora haja variação dos níveis de escolaridade entre gerações, esses dois fenômenos sociais se encontram intrinsecamente ligados em função da necessidade de cada geração transmitir aos seus sucessores aquilo que considera fundamental para a preservação e continuidade da sua herança. Por outro lado, o próprio fenômeno geracional pode provocar mudanças tanto nos modos de se educar as novas gerações, quanto no que deve ou não ser transmitido de uma geração a outra.¹⁷

As demais variáveis como realização de exame citopatológico de colo uterino e mamografia, atividade sexual, participação da mulher e do parceiro em grupo de planejamento familiar, uso de método contraceptivo e gravidez pregressa foram características sexuais e reprodutivas que não apresentaram evidências de transmissão intergeracional.

A procura e aceitação para realização do exame citopatológico de colo uterino se deve pela compreensão e importância deste procedimento para a manutenção da sua saúde por parte da mulher. Principalmente por estarem em vida sexual ativa nos últimos 12 meses.

Os determinantes sociais influenciam e são determinantes para o acesso das mulheres aos serviços preventivos de saúde. Para as mulheres negras, a situação é sempre desfavorável, pois ao agregar as desigualdades sociodemográficas e raciais, ficam mais expostas às iniquidades em saúde.¹⁸

Estudo realizado com mulheres quilombolas revelou que a não realização do exame citopatológico de colo uterino se associou significativamente à faixa etária entre mulheres mais jovens e mais idosas, não ter instrução, não ter companheiro, ter realizado exame clínico das

mamas há três ou mais anos ou nunca o ter realizado.¹⁹ Outro estudo realizado nas capitais Rio de Janeiro e Fortaleza revelou que as mulheres que menos foram rastreadas para câncer cervical eram solteiras, com baixa escolaridade, baixa renda, com mais idade, que nunca realizaram mamografia e/ou exame clínico das mamas.²⁰ Ainda nessa mesma perspectiva de realização do exame citopatológico, estudos demonstraram resultados semelhantes no que se refere às variáveis nível de escolaridade, estado conjugal, faixa etária e renda.^{21,22}

A falta de acesso aos recursos preventivos aumenta a vulnerabilidade de mulheres negras, independentemente de sua idade.⁵ Pouco diálogo e falta de comunicação com o parceiro assim como o desconhecimento das informações, contribuem para uma menor autonomia reprodutiva dessas mulheres e limitações quanto ao planejamento reprodutivo.

Verificamos que a participação do parceiro em grupo de planejamento familiar não acontece nas comunidades estudadas. Dessa maneira, estes resultados podem ser explicados por questões de gênero uma vez que é delegada à mulher, o dever do planejamento reprodutivo, da contracepção e da prevenção, além de torná-la responsável por englobar o parceiro nos cuidados sobre planejamento reprodutivo além do direcionamento das mulheres para integrarem os grupos de educação em saúde. Enquanto ao homem, este tem pouca ou nula participação, sem indícios de iniciativas por parte dos profissionais em incluí-lo na prática.²³

Compreendendo que a garantia da saúde da mulher se faz na perspectiva do cuidado integral é importante que estratégias para a detecção precoce do câncer de mama como o diagnóstico precoce e o rastreamento sejam garantidas. A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos uma vez a cada dois anos.²⁴

Verificamos, portanto, que a realização da mamografia não apresentou evidência na transmissão intergeracional entre mães e filhas quilombolas. A baixa realização deste exame de rastreamento justifica-se pela faixa etária da população em estudo (18 a 49 anos) uma vez que a recomendada é (50 a 69 anos). Entretanto, destaca-se a importância da detecção precoce para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

O planejamento sobre o número de filhas(os) e espaçamento está intimamente relacionado às relações de gênero, aspectos morais, religiosos, culturais e econômicos. E enquanto direito encontra obstáculos a sua efetivação pois os serviços de se restringe ao uso de métodos contraceptivos, na maioria das vezes sem os esclarecimentos necessários. Como na maioria das vezes não existe o diálogo em torno da sexualidade entre o casal, o planejamento reprodutivo acaba sendo responsabilidade exclusiva da mulher.²⁵

Os direitos à saúde reprodutiva enfatizam a decisão individual das mulheres sobre quando ter filhos e quantos desejam, mas não conseguem levar em conta as realidades na tomada de decisões sobre contracepção, especialmente nos relacionamentos conjugais onde fatores culturais e socioeconômicos desempenham papéis críticos.²⁶

A história do planejamento reprodutivo das mulheres quilombolas mostra como vivenciaram suas experiências reprodutivas, submetidas às condições desfavoráveis, como gravidez não planejada e acesso restrito aos serviços de atenção básica à saúde.⁴

As iniciativas para ampliar o acesso a contraceptivos ocorreram no Brasil na última década. Nos últimos trinta anos a prevalência da contracepção tem aumentado, entretanto, apesar da alta frequência de uso de métodos contraceptivos ainda assim jovens que iniciaram a vida sexual já tiveram, pelo menos, um filho.²⁷

A participação das mulheres na tomada de decisões sobre o uso de anticoncepcionais continua sendo crucial no controle de sua vida reprodutiva em meio à relevância cultural e aos valores socioeconômicos sobre a fertilidade. A comunicação conjugal positiva está associada ao aprimoramento da tomada de decisão das mulheres sobre o uso de anticoncepcionais.²⁶

Dessa maneira, ao analisar os dados encontrados verificamos que tanto mães como filhas, em sua grande maioria, são sexualmente ativas. Porém o uso de contraceptivo continua sendo mais expressivo nas filhas. Fato este que pode ser explicado pela maior escolaridade visto que as filhas apresentaram mais anos de estudo em comparação com as mães.

Diversos são os fatores que tendem a prejudicar o atendimento em saúde da população rural, entre eles: distâncias geográficas, dificuldade de acesso, carência de infraestrutura dos serviços e à escassez de políticas públicas.²⁸

Entendendo que o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade, a elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e de saúde da população negra depende da compreensão das fragmentações derivadas dos fenômenos socioculturais, políticos e econômicos, seja no nível pessoal, coletivo, regional ou mundial.⁵

CONCLUSÃO

A pesquisa identifica que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas apresentam algum grau de transferência intergeracional entre mães e filhas no que se refere a menarca e ao número de partos, sendo que a magnitude dessa transmissão foi maior para a idade da primeira menstruação e menor para o número de partos. Entretanto, realização de exame

citopatológico de colo uterino e mamografia, atividade sexual, participação da mulher e do parceiro em grupo de planejamento familiar, uso de método contraceptivo e gravidez pregressa foram características sexuais e reprodutivas que não apresentaram evidências de transmissão intergeracional.

Com a realização deste estudo foi possível compreender que as práticas reprodutivas das mulheres quilombolas encontram-se imbuídas por inúmeros valores, significados, assimetrias de gênero por raça/etnia e por padrões patriarcais, diversificando pelas crenças e conhecimentos vividos em época e contextos históricos diferentes.

Ressaltamos ainda que as escolhas reprodutivas são associadas aos aspectos culturais, sociais e econômicos. Nesse sentido, os resultados evidenciaram que a vida das mulheres quilombolas é marcada por dificuldade de informações e de acesso aos serviços de saúde o que implica em limitações de práticas e planejamento reprodutivo.

As contribuições desse estudos se direcionam a elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e da saúde sexual e reprodutiva bem como o reconhecimento das singularidades e das desigualdades sociodemográficas como também pelo reconhecimento étnico-cultural de mulheres quilombolas.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(9): 2879-90.
- 2- Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Colet* 2014; 22(3):307-313.
- 3- Oshin, L. A., & Milan, S. My strong, Black daughter: Racial/ethnic differences in the attributes mothers value for their daughters. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, (2019). 25(2), 179–187. <https://doi.org/10.1037/cdp0000206>
- 4- Pereira COJ, Ferreira SL. Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico-puerperal. *Feminismos*. 2016;4(3):47-61.
- 5- Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005.
- 6- Fernandes ETBS, Ferreira SL, Ferreira CSB, Santos EA. Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020 Sep 21;73(suppl 4):e20190786. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0786. PMID: 32965428.

- 7- Mutombo N, Bakibinga P. The effect of joint contraceptive decisions on the use of Injectables, Long-Acting and Permanent Methods (ILAPMs) among married female (15–49) contraceptive users in Zambia: a cross-sectional study. *Reprod Health* 11, 51 (2014). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-51>
- 8- Andrade C. “Tal Mãe, tal Filha: Semelhanças geracionais e transmissão intergeracional de estratégias de conciliação família-trabalho. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2012. vol XVI (1), 167-189.
- 9- Doring AK, Makarova E, Herzog W, Bardi A. Parent-child value similarity in families with Young children: the predictive power of prosocial educational goals. *British Journal of Psychology*, v. 108, n. 4, p. 737-756, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjop.12238>.
- 10- Loll D, Fleming PJ, Manu A, Morhe E, Stephenson R, King JE, Hall KS. Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women. *Global Public Health*, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1695871>
11. FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Comunidades remanescentes de quilombos. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 20 de setembro de 2020.
12. FIOCRUZ, Projeto de planejamento da Pesquisa nacional de saúde. [acesso 2019 Ago 15]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>
- 13- Matos DAS. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. *Est. Aval. Educ.*, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez. 2014.
- 14- Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall; 1991.
- 15- Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
- 16- Coutinho, RZ, Golgher AB. Modelling the proximate determinants of fertility for Brazil: the advent of competing preferences. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 35, n. 1, e0041, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982018000100152&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2020. Epub June 14, 2018. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0041>.
- 17- Tomizaki K. Apresentação - De uma geração a outra: a dimensão educativa dos processos de transmissão intergeracional. *Educação & Sociedade*, v. 31, n. 111, p. 321-326, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302010000200002&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 28 set. 2020.
- 18- Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Debate*. 2013;37(99):571–9. doi: 10.1590/S0103-11042013000400004
- 19- Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.

4535-4544, Nov. 2014 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104535&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Out. 2020.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.15642013>.

20- Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras. *Rev Bras Cancerol* 2006; 52(2):197.

21- Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(11):2511-2520.

22- Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EMC, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados a não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(Supl. 2):S3019.

23- Franze AMAK, Benedet, DCF, Wall, ML, Trigueiro TH, Souza, SRRK. Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. *REFACS*, v. 7, n. 3, p. 366-377, 2019.

24- Ohl ICB et al . Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 69, n. 4, p. 793-803, Aug. 2016 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Out. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.

25- Ferreira RV, Costa MR, Melo DCS. Planejamento familiar: gênero e significados. *Textos & Contextos*, v. 13, n. 2, p. 387-397, 2014. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/3215/321532943015.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

26- Osuafor GN, Maputle SM, Ayiga N. Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng, South Africa. *Afr J Prm Health Care Med.*, v. 10, n. 1, p. a1431, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1431>. Acesso em: 1 nov. 2020.

27- Olsen JM, Lago TG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 03]; 34(2): e00019617. 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019617>

28- Gomes RdeCM, Nogueira C, Toneli MJF. MULHERES EM CONTEXTOS RURAIS: UM MAPEAMENTO SOBRE GÊNERO E RURALIDADE. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 28, n. 1, p. 115-124, abr. 2016 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000100115&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 nov. 2020.
<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p115>.

5.3 MANUSCRITO 3 – MULHERES QUILOMBOLAS E FATORES ASSOCIADOS A SAÚDE E AUTONOMIA REPRODUTIVA: ESTUDO TRANSVERSAL

MULHERES QUILOMBOLAS E FATORES ASSOCIADOS A SAÚDE E AUTONOMIA REPRODUTIVA: ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre a autonomia reprodutiva e características sociodemográficas, sexual e reprodutiva em mulheres quilombolas. **Método:** estudo transversal e analítico desenvolvido com 160 mulheres (80 mães e 80 filhas) de comunidades quilombolas, em idade reprodutiva de 18 a 49 anos em um município do sudoeste baiano. Os dados foram coletados por meio de instrumentos como a Escala de Autonomia Reprodutiva e o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (adaptado) Para a análise, utilizou-se procedimentos da estatística descritiva e associações entre as características sociodemográficas e os escores de autonomia reprodutiva e características sexuais e reprodutivas. **Resultados:** das 160 mulheres participantes 91,9% se autodeclararam negra, a maioria com idade ≤ 23 anos (35,6%), 53,8% são casadas/companheiro, 38,8% com estudos ≤ 4 anos, mais da metade (58,1%) não trabalham, apenas 32,4% têm renda $> R\$ 430$ A maioria teve a primeira menstruação até os 12 anos de idade (52,5%), não participou de grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses (70,7%), mais da metade utilizava método para evitar a gravidez (59%). Apresentaram elevada autonomia reprodutiva, sendo que os domínios que se destacaram com maior pontuação proporcional foram “Tomada de decisão” e “Ausência de coerção”. Encontrou-se associação entre o escore de “Autonomia reprodutiva total” e estado conjugal, com a análise indicando que mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia, comparadas às mulheres casadas ou com companheiro. **Conclusão:** Os resultados indicaram que as mulheres quilombolas apresentaram elevada autonomia reprodutiva nos domínios “Tomada de decisão” e “Ausência de coerção”. A autonomia reprodutiva intergeracional das mulheres quilombolas está associado a fatores sociodemográfico e reprodutivos.

Palavras-chave: Mulheres. Quilombolas. Saúde Sexual e Reprodutiva. Análise Socioeconômica. Autonomia Reprodutiva.

INTRODUÇÃO

A relação que a mulher tem com seu parceiro sexual, a cultura e o contexto no qual ela vive influencia a capacidade dessa mulher em alcançar suas intenções reprodutivas. Nesse sentido o nível de autonomia reprodutiva é moldado à medida que essas influências mudam, podendo diferenciar em mulher com múltiplos parceiros, em mulher que não tem parceiro, mulheres que vivem em uma comunidade que tem fortes direitos reprodutivos e mulheres que vivem numa comunidade onde os direitos reprodutivos não são apoiados⁽¹⁾.

A autonomia é considerada essencial para a tomada de decisão em uma variedade de situações de cuidados de saúde, desde a procura e utilização de cuidados de saúde até a escolha de opções de tratamento. A capacidade das mulheres de cuidar de sua saúde e utilizar os serviços de saúde de forma adequada pode depender em parte de sua autonomia para tomar decisões⁽²⁾.

As decisões reprodutivas das mulheres podem sofrer interferências de fatores como estado conjugal, idade, condições sociodemográficas, cor/raça, religião, ocupação, região geográfica, escolaridade⁽³⁾. Devido às distâncias geográficas, à dificuldade de acesso, carência de infraestrutura dos serviços e escassez de políticas públicas, as populações rurais tendem a ser prejudicadas no atendimento em saúde⁽⁴⁾.

A autonomia reprodutiva é essencial para uma mulher visto que facilita sua capacidade de escolher o parto, o aborto ou a contracepção sem influência indevida de homens, profissionais de saúde, governo, comunidade internacional de desenvolvimento ou doutrina religiosa⁽⁵⁾. Podendo flutuar dentro de diferentes relacionamentos e contextos culturais, dependendo do grau em que o parceiro ou a comunidade circundante apoiam os direitos reprodutivos⁽⁶⁾.

A saúde sexual e reprodutiva possui interface com vários temas, como vivência da sexualidade, direitos humanos, aspectos culturais, religiosos, relações de gênero, bem como o acesso aos serviços de saúde o que demanda uma atenção especial da área de saúde, uma vez que uma vez afetam a saúde e o bem-estar de indivíduos e comunidades⁽⁷⁾.

Nesse sentido, as mulheres negras quilombolas são muitas vezes privadas de seus direitos sexuais e reprodutivos, resultado das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, da baixa escolaridade e de poucas oportunidades determinadas pela condição de vida das mesmas além das dificuldades geográficas.

Para promover saúde reprodutiva às mulheres e evitar o risco de gravidez indesejada, o uso de métodos contraceptivos é de suma importância. O acesso mais amplo ao planejamento familiar, especialmente aos métodos contraceptivos pode reduzir substancialmente a gravidez

indesejada e o aborto inseguro⁽⁸⁾. A capacidade de uma mulher de agir de acordo com sua intenção de usar anticoncepcionais pode depender dos desejos e ações de seu parceiro ou de outros membros de sua família ou comunidade⁽⁶⁾.

O papel da mulher ainda de submissão com relação às questões sexuais e a responsabilização das mulheres no que diz respeito às questões reprodutivas dificultam o diálogo com seus parceiros e aumentam sua vulnerabilidade⁽⁹⁾.

Os antecedentes culturais e religiosos de uma determinada comunidade têm uma influência poderosa no comportamento de busca de saúde⁽⁸⁾. Podemos identificar e compreender melhor a influência do poder interpessoal nos comportamentos reprodutivos, o que pode informar estratégias para prevenir a gravidez indesejada⁽⁶⁾.

Quando comparadas às mulheres brancas, as negras apresentam maior risco de adoecimento e morte. Ressalta-se que as desigualdades socioeconômicas e o racismo institucional contribuem para a alta vulnerabilidade das mulheres negras em virtude da dupla discriminação, pois vivem em condições desiguais de gênero e étnico/raciais⁽⁹⁾.

OBJETIVO

Verificar a associação entre a autonomia reprodutiva e características sociodemográficas, sexual e reprodutiva em mulheres quilombolas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi pautada nos preceitos éticos que regem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹⁰⁾. Seu início se deu após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), CAAE: 14087019.1.0000.5531, Parecer de Aprovação nº 3.448.011, 10/07/2019.

Este estudo atendeu a todos os princípios da bioética como não maleficência, beneficência, autonomia, justiça e equidade⁽¹⁰⁾. Foi garantido a livre escolha de participar ou não do estudo, respeito à individualidade e à autonomia, possibilidade de desistir ou negar-se a responder quaisquer questões.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico realizado com 160 mulheres quilombolas (80 mães e 80 filhas), em idade reprodutiva de 18 a 49 anos, residentes em 2020 nas comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista no estado da Bahia, no período de julho de 2019 a março de 2020.

Este município está localizado no centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano e possui 23 comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) certificadas atualizada até a Portaria nº118/2020, publicadas no Diário oficial da união (DOU) de 20 de julho de 2020⁽¹¹⁾.

Entretanto essa pesquisa foi realizada em 9 comunidades quilombolas pertencentes ao município de Vitória da Conquista: Ribeirão do Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Este manuscrito é um recorte da tese intitulada “Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas”.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Em virtude da pandemia de COVID-19 e por dificuldades logísticas, não foi possível realizar um censo populacional envolvendo todas as comunidades deste município. A impossibilidade de acessar o registro do número de famílias por comunidade quilombola também inviabilizou a utilização de uma amostra probabilística. Assim, optou-se por conduzir a pesquisa em apenas nove comunidades, por meio de uma amostra do tipo não probabilística por conveniência que incluiu mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: mulher quilombola em idade reprodutiva de 18 a 49 anos; mães e filhas serem de comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares no município de Vitória da Conquista, que autorizaram a visita para coleta dos dados e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as mulheres (mães e/ou filhas) que não residiam na comunidade no momento, que apresentassem doenças cognitivas ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão do instrumento da coleta de dados e as que, por algum motivo, não finalizassem a entrevista.

Buscando dar uma maior representatividade territorial, o município foi dividido em Eixos (Eixo 1 – Quadrante Central; Eixo 2 – Quadrante Norte; Eixo 3 – Quadrante Centro-Oeste; e Eixo 4 – Quadrante Sul). Então, as nove comunidades foram sorteadas, obedecendo à proporcionalidade por eixo, resultando na seleção das seguintes comunidades: Ribeirão do

Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi feita com dois instrumentos nas entrevistas em visitas na residência das mulheres (mães e filhas) em companhia de líderes quilombolas das respectivas comunidades.

Primeiro instrumento – considerando que a autonomia reprodutiva da mulher poderá sofrer influências devido a suas características sociodemográficas e reprodutivas, o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) adaptado⁽¹²⁾ foi utilizado para contemplar, com variáveis independentes o módulo A (características sociodemográficas - idade, estado civil, grau de instrução, cor/raça autodeclarada, religião, ocupação); o módulo R (saúde da mulher – saúde, exames preventivos, história reprodutiva, planejamento familiar e contracepção) e o módulo S (atendimento pré-natal e assistência ao parto)

Segundo instrumento – a Escala de Autonomia Reprodutiva (Reproductive Autonomy Scale) é aplicável para mulheres em qualquer tipo de relação e para mulheres que vivem em uma variedade de contextos de equidade de gênero em todo o mundo. Com a finalidade de avaliar a capacidade de uma mulher para alcançar suas intenções reprodutivas influenciada pela relação que ela tem com seu parceiro sexual, e pela cultura e contexto no qual ela vive, a escala possui 14 itens em três subescalas: “Tomada de decisão”, que avalia quem decide sobre usar um método para evitar a gravidez, quando ter um bebê e acerca de uma gravidez não planejada; “Ausência de coerção”, que aborda se o parceiro impediu, atrapalhou ou pressionou a mulher quanto a usar algum método contraceptivo para evitar a gravidez; e “Comunicação”, relacionada à situação de conforto da mulher em conversar com seu parceiro sobre suas escolhas reprodutivas⁽¹⁾.

A Escala de Autonomia Reprodutiva (versão brasileira) passou por processo de tradução do inglês para o português e adaptação cultural, mostrou-se apropriada para avaliar a autonomia reprodutiva de mulheres brasileiras e confiável para aplicação em mulheres trabalhadoras rurais e quilombolas rurais, demonstrando consistência interna e reprodutibilidade aceitáveis⁽¹³⁾.

Análise dos resultados e estatística

Inicialmente foram utilizados procedimentos da estatística descritiva como frequências absolutas e relativas, médias, medianas, desvios padrão (DP), amplitudes interquartis (AIQ) e valores mínimos e máximos. A normalidade dos dados foi testada por meio dos testes Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, enquanto a homocedasticidade foi testada pelo teste de Levene. Comparações entre dois grupos foram realizadas pelos testes Mann-Whitney ou t de Student para amostras independentes, ao passo que comparações entre três grupos foram feitas por meio do teste Kruskal-Wallis (comparações entre pares pelo teste Mann-Whitney) ou análise de variância (ANOVA) one-way (comparações múltiplas pelo teste Tukey). O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e todas as análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics para Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.).

Resultados

A idade das 160 participantes do estudo variou de 18 a 49 anos (média = 32,8; DP = 11,4). As principais características sociodemográficas das participantes são descritas na Tabela 1. Foi observada distribuição similar entre os grupos etários, estado conjugal, anos de estudo e renda. A maior parte da amostra foi constituída por mulheres negras (91,9%), que não possuíam trabalho remunerado e católicas (85,6%). A maioria com idade ≤ 23 anos (35,6%), 53,8% são casadas/companheiro, 38,8% com estudos ≤ 4 anos, mais da metade (58,1%) não trabalham, apenas 32,4% têm renda $> R\$ 430$.

Tabela 1- Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as características sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | % resposta | n | % |
|----------------|------------|-----|------|
| Grupo etário | 100,0 | | |
| ≤ 23 anos | | 57 | 35,6 |
| 24 a 42 anos | | 54 | 33,8 |
| > 42 anos | | 49 | 30,6 |
| Cor/raça | 100,0 | | |
| Branca | | 13 | 8,1 |
| Negra | | 147 | 91,9 |

| | | | |
|--------------------------|-------|-----|------|
| Estado conjugal | 100,0 | | |
| Solteira/sem companheiro | | 74 | 46,3 |
| Casada/com companheiro | | 86 | 53,8 |
| Anos de estudo | 100,0 | | |
| ≤ 4 anos | | 62 | 38,8 |
| 5 a 9 anos | | 49 | 30,6 |
| > 9 anos | | 49 | 30,6 |
| Trabalha atualmente | 100,0 | | |
| Sim | | 67 | 41,9 |
| Não | | 93 | 58,1 |
| Renda mensal | 92,5 | | |
| ≤ R\$ 130 | | 56 | 37,8 |
| R\$ 131 a R\$ 430 | | 44 | 29,7 |
| > R\$ 430 | | 48 | 32,4 |
| Religião | 100,0 | | |
| Não católica | | 23 | 14,4 |
| Católica | | 137 | 85,6 |

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição das participantes do estudo, de acordo com as características sexuais e reprodutivas. A maioria das mulheres teve a primeira menstruação até os 12 anos de idade (52,5%), realizou exame citopatológico de colo uterino nos últimos dois anos (56,9%), nunca realizou exame de mamografia (83%), teve relação sexual nos últimos 12 meses (87,5%), não participou de grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses (70,7%), o parceiro não participava de grupo de planejamento familiar (98%), utilizava método para evitar a gravidez (59%) já ficou grávida ao menos uma vez (80,6%) e teve pelo menos um parto.

Tabela 2- Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as características sexuais e reprodutivas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | % resposta | n | % |
|---|------------|-----|------|
| Idade da primeira menstruação | 98,8 | | |
| ≤ 12 anos | | 83 | 52,5 |
| 13 anos | | 37 | 23,4 |
| > 13 anos | | 38 | 24,1 |
| Realizou exame citopatológico de colo uterino nos últimos 2 anos | 100,0 | | |
| Sim | | 91 | 56,9 |
| Não | | 69 | 43,1 |
| Realizou exame de mamografia | 99,4 | | |
| Não | | 132 | 83,0 |
| Sim | | 27 | 17,0 |
| Relação sexual nos últimos 12 meses | 100,0 | | |
| Não | | 20 | 12,5 |
| Sim | | 140 | 87,5 |
| Participação em grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses | 98,1 | | |
| Não | | 111 | 70,7 |
| Sim | | 46 | 29,3 |
| Participação do parceiro em grupo de planejamento familiar | 94,4 | | |
| Não | | 148 | 98,0 |
| Sim | | 3 | 2,0 |
| Utilização de método para evitar gravidez | 97,5 | | |
| Não | | 64 | 41,0 |
| Sim | | 92 | 59,0 |
| Já ficou grávida | 100,0 | | |
| Não | | 31 | 19,4 |
| Sim | | 129 | 80,6 |
| Quantidade de partos | 98,3 | | |
| Nenhum | | 31 | 19,4 |
| 1 a 2 partos | | 63 | 39,4 |
| > 2 partos | | 66 | 41,3 |

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

As médias, desvios padrão e pontuações mínimas e máximas dos escores de autonomia reprodutiva estão apresentados na Tabela 3. No geral, considera-se que as participantes apresentaram elevada autonomia reprodutiva, sendo que os domínios que se destacaram com maior pontuação proporcional foram “Tomada de decisão” com escore médio de 2,53 (84,33% da pontuação máxima) e “Ausência de coerção” com escore médio de 3,4 (85% da pontuação máxima).

Tabela 3- Análise descritiva dos escores de autonomia reprodutiva, de acordo com cada domínio da Escala de Autonomia Reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Fator (subescala) | Média | Desvio padrão | Mínimo - máximo |
|--------------------------|--------------|----------------------|------------------------|
| Tomada de decisão | 2,53 | 0,36 | 1,50 - 3,00 |
| Ausência de coerção | 3,40 | 0,57 | 1,60 - 4,00 |
| Comunicação | 3,10 | 0,60 | 1,80 - 4,00 |
| Total | 3,05 | 0,34 | 2,07 - 3,71 |

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

A associação entre os escores de autonomia reprodutiva (subescalas e total) e as características sociodemográficas da amostra, conforme apresentado na Tabela 4. Verificou-se associação entre o escore de “autonomia reprodutiva total” e estado conjugal, ou seja, mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia (3,07), comparadas as mulheres casadas ou com companheiro (2,93). Os escores das três subescalas (Tomada de decisão, Ausência de coerção e Comunicação) não apresentaram associação com as características sociodemográficas estudadas.

Tabela 4. Associação entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas das participantes do estudo. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Tomada de decisão | Liberdade de coerção | Comunicação | Total |
|--------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|
| Grupo etário | | | | |
| ≤ 23 anos | 2,50 (AIQ = 0,63) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,07 (AIQ = 0,43) |
| 24 a 42 anos | 2,50 (AIQ = 0,56) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,85) | 3,07 (AIQ = 0,50) |
| > 42 anos | 2,50 (AIQ = 0,63) | 3,20 (AIQ = 0,80) | 3,00 (AIQ = 0,60) | 2,93 (AIQ = 0,43) |
| p-valor | 0,345 | 0,471 | 0,436 | 0,340 |
| Cor/raça | | | | |
| Branca | 2,75 (AIQ = 0,63) | 3,00 (AIQ = 1,10) | 2,80 (AIQ = 0,50) | 2,93 (AIQ = 0,54) |
| Negra | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,86) | 3,00 (AIQ = 0,50) |
| p-valor | 0,284 | 0,310 | 0,174 | 0,330 |
| Estado conjugal | | | | |
| Solteira/sem companheiro | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,07 (AIQ = 0,36) |
| Casada/com companheiro | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,20 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,85) | 2,93 (AIQ = 0,57) |
| p-valor | 0,174 | 0,250 | 0,417 | 0,040 |
| Anos de estudo | | | | |
| ≤ 4 anos | 2,50 (AIQ = 0,56) | 3,50 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,52) |
| 5 a 9 anos | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,90) | 2,93 (AIQ = 0,54) |
| > 9 anos | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 0,80) | 3,20 (AIQ = 0,70) | 3,07 (AIQ = 0,43) |
| p-valor | 0,846 | 0,578 | 0,085 | 0,217 |
| Trabalha atualmente | | | | |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 1,00) | 3,07 (AIQ = 0,50) |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,90) | 3,00 (AIQ = 0,50) |
| p-valor | 0,840 | 0,850 | 0,303 | 0,314 |
| Renda mensal | | | | |
| ≤ R\$ 130 | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,10 (AIQ = 1,00) | 3,09 (DP = 0,33) |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,20) | 3,00 (AIQ = 0,95) | 2,95 (DP = 0,39) |
| > R\$ 430 | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,30 (AIQ = 0,75) | 3,00 (AIQ = 0,60) | 3,04 (DP = 0,28) |
| p-valor | 0,705 | 0,319 | 0,317 | 0,134 |
| Religião | | | | |
| Não católica | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,20 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,50) |
| Católica | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,00 (AIQ = 0,50) |
| p-valor | 0,454 | 0,915 | 0,720 | 0,936 |

Legenda: AIQ, amplitude interquartil; DP, desvio padrão. Os valores acompanhados de AIQ representam medianas e foram comparados pelos testes Kruskal-Wallis (grupo etário, anos de estudo e renda mensal) ou Mann-Whitney (cor/raça, estado conjugal, trabalha atualmente e religião); os valores acompanhados de DP representam médias e foram comparados pela ANOVA one-way.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Também foram investigadas associações entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sexuais e reprodutivas da amostra (Tabela 5). Verificou-se associação dos escores de “Ausência de coerção” e “Autonomia reprodutiva total” com idade da primeira menstruação e realização de exame de mamografia. As análises indicaram que as mulheres que tiveram menarca tardia (depois dos 13 anos) e que já fizeram exame de mamografia demonstraram menor autonomia no constructo “Ausência de coerção” e “Autonomia

reprodutiva total”, comparadas a seus pares. Os escores de “Tomada de decisão” e “Comunicação” não foram associados às características sexuais e reprodutivas avaliadas.

Tabela 5- Associação entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sexuais e reprodutivas das participantes do estudo. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Tomada de decisão | Ausência de coerção | Comunicação | Total |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Idade da primeira menstruação | | | | |
| ≤ 12 anos | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,60^a (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 1,00) | 3,08^a (DP = 0,34) |
| 13 anos | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,60^a (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,08^a (DP = 0,32) |
| > 13 anos | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,00^b (AIQ = 0,60) | 3,00 (AIQ = 0,65) | 2,91^b (DP = 0,34) |
| p-valor | 0,456 | 0,020 | 0,162 | 0,029 |
| Realizou exame citopatológico de colo uterino nos últimos 2 anos | | | | |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 1,00) | 3,07 (DP = 0,36) |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 0,80) | 3,00 (AIQ = 0,60) | 3,01 (DP = 0,32) |
| p-valor | 0,376 | 0,419 | 0,195 | 0,311 |
| Realizou exame de mamografia | | | | |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,69) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,07 (AIQ = 0,50) |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,00 (AIQ = 0,60) | 3,00 (AIQ = 1,20) | 2,78 (AIQ = 0,50) |
| p-valor | 0,351 | 0,009 | 0,110 | 0,002 |
| Relação sexual nos últimos 12 meses | | | | |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,69) | 3,20 (AIQ = 0,80) | 3,00 (AIQ = 0,40) | 3,00 (AIQ = 0,32) |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,69) | 3,50 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,95) | 3,00 (AIQ = 0,57) |
| p-valor | 0,645 | 0,522 | 0,416 | 0,696 |
| Participação em grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses | | | | |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 1,00) | 3,07 (DP = 0,34) |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,65) | 2,99 (DP = 0,36) |
| p-valor | 0,097 | 0,189 | 0,123 | 0,222 |
| Participação do parceiro em grupo de planejamento familiar | | | | |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,69) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,00 (AIQ = 0,55) |
| Sim | 2,50 (AIQ = —) | 3,00 (AIQ = —) | 3,00 (AIQ = —) | 2,93 (AIQ = —) |
| p-valor | 0,598 | 0,743 | 0,946 | 0,769 |

Tabela 5. (continuação).

| Variável | Tomada de decisão | Ausência de coerção | Comunicação | Total |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Utilização de método para evitar gravidez | | | | |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,80) | 3,04 (DP = 0,38) |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,75) | 3,05 (DP = 0,32) |
| p-valor | 0,285 | 0,735 | 0,956 | 0,957 |
| Já ficou grávida | | | | |
| Não | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,20 (AIQ = 0,80) | 3,11 (DP = 0,29) |
| Sim | 2,50 (AIQ = 0,63) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,60) | 3,03 (DP = 0,35) |
| p-valor | 0,366 | 0,951 | 0,071 | 0,277 |
| Quantidade de partos | | | | |
| Nenhum | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,20 (AIQ = 0,80) | 3,00 (AIQ = 0,43) |
| 1 a 2 partos | 2,50 (AIQ = 0,50) | 3,40 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,60) | 3,00 (AIQ = 0,50) |
| > 2 partos | 2,50 (AIQ = 0,75) | 3,60 (AIQ = 1,00) | 3,00 (AIQ = 0,90) | 3,00 (AIQ = 0,57) |
| p-valor | 0,472 | 0,995 | 0,197 | 0,608 |

Legenda: AIQ, amplitude interquartil; DP, desvio padrão; —, não foi possível calcular o AIQ devido ao tamanho pequeno do grupo ($n < 4$). Os valores acompanhados de AIQ representam medianas e foram comparados pelo teste Kruskal-Wallis (idade da primeira menstruação e quantidade de partos) ou Mann-Whitney (realizou exame citopatológico de colo uterino nos últimos 2 anos, realizou exame de mamografia, relação sexual nos últimos 12 meses, participação em grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses, participação do parceiro em grupo de planejamento familiar, utilização de método para evitar gravidez e já ficou grávida); os valores acompanhados de DP representam médias e foram comparados pela ANOVA *one-way* (idade da primeira menstruação) ou teste *t* de Student para amostras independentes (realizou exame preventivo nos últimos 2 anos, participação em grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses, utilização de método para evitar gravidez e já ficou grávida). ^{a,b} Letras distintas indicam diferença significativa entre os grupos (teste Mann-Whitney ou teste Tukey).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Discussão

O escore da subescala “Tomada de decisão” varia de 1,00 a 3,00, nas subescalas “Ausência de coerção” e “Comunicação” o escore varia de 1,00 a 4,00. Os domínios que se

destacaram com maior pontuação proporcional foram “Tomada de decisão” e “Ausência de coerção”, sendo assim o escore de 2,53 (84,33% da pontuação máxima) para “Tomada de decisão” está mais próximo de 3,00 que é o escore máximo, assim como “Liberdade de coerção” com escore 3,4 (84,33% da pontuação máxima) está mais próximo de 4,00, já na subescala “Comunicação” o escore é de 3,10 (77,55% da pontuação máxima) o que está mais distante do escore 4,00 que é o escore máximo.

Os resultados indicaram que as mulheres quilombolas apresentaram elevada autonomia reprodutiva nos domínios “Tomada de decisão” e “Ausência de coerção”, entretanto quando comparadas ao estudo realizado com as americanas verificamos que as subescalas que apresentaram maior autonomia reprodutiva foi “Ausência de coerção” e “Comunicação”. Esses resultados mostram que as características sociodemográficas e outras características estão associados aos níveis diferenciados de autonomia reprodutiva para cada subescala em relação às mulheres em ambos os estudos⁽¹⁾.

Esses achados se alinham em partes com estudo realizado com americanas, as mulheres quilombolas em estudo representam 91,9% de cor/raça negra e essas mulheres apresentaram elevada autonomia reprodutiva nos domínios “Tomada de decisão” e “Ausência de coerção”, já as mulheres negras do estudo americano foram associadas a terem níveis mais baixos de autonomia reprodutiva nas subescalas Ausência de coerção e Comunicação. No entanto, as mulheres negras tinham níveis mais altos de autonomia reprodutiva na subescala de Tomada de decisão.

O estado conjugal das mulheres quilombolas em estudo é considerado fator sociodemográfico determinante na autonomia reprodutiva, visto que mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia reprodutiva geral, comparadas às mulheres casadas ou com companheiros. Entretanto no estudo com as americanas, estar casada foi associada a ter maior nível de autonomia na subescala “Comunicação” e um menor nível de autonomia na subescala “Tomada de decisão”⁽¹⁾.

O exercício dos direitos de saúde reprodutiva foi reconhecido como um dos pré-requisitos para o desenvolvimento sustentável em muitos países em desenvolvimento. Sendo assim, especialmente durante o período reprodutivo, é importante que as mulheres possam tomar decisões sobre sua própria saúde e direitos reprodutivos⁽¹⁴⁾.

A menarca tardia e realização de exame de mamografia nas mulheres quilombolas em estudo, foram fatores associados a menor autonomia reprodutiva no constructo “Ausência de coerção” e na “Autonomia reprodutiva total”.

Contudo, vale ressaltar que devido as iniquidades regionais e sociais no Brasil a cobertura de mamografias encontram-se ainda em defasagem, evidenciando assim as desigualdades de acesso aos serviços de rastreamento mamográfico. Desse modo, é preciso conhecer as fragilidades econômicas e sociais que afetam o acesso ao rastreamento do câncer de mama e reconhecer a necessidade de um fortalecimento das ações das políticas da saúde da mulher bem como ações de educação em saúde⁽¹⁵⁾.

O uso dos serviços de saúde é outro fator que pode influenciar a participação do público feminino nas ações de controle do câncer de mama. Assim, o acesso à mamografia, principal exame de detecção precoce, não é igualitário entre as mulheres brasileiras⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, alguns fatores dificultam a saúde das comunidades quilombolas, sejam eles pelo isolamento geográfico, pelo baixo nível de escolaridade, pelo pouco acesso aos serviços de saúde, pelo patriarcado ou pelas desigualdades raciais e/ou gênero.

A situação de saúde não se detém apenas no binômio saúde doença, mas engloba diversos aspectos da vida, principalmente as condições sociais dos indivíduos. A vulnerabilidade feminina, e a dificuldade de acesso em lugares mais distantes como a zona rural, são fatores que contribuem para a não efetividade do alcance e da cobertura da população feminina pelas políticas de atenção integral à saúde da mulher⁽¹⁷⁾.

Assim, diante da acentuada interferência entre as relações raciais e a fragilidade junto à assistência, à educação, à informação em saúde e, principalmente, o distanciamento de comunidades vulneráveis ao alcance da integralidade e equidade, percebe-se a necessidade de promover estratégias práticas de promoção da saúde vinculadas a essas populações quilombolas⁽¹⁸⁾.

As formas como as relações raciais estão conformadas tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, é preciso observar a saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial e permitir compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença⁽¹⁹⁾.

Deste modo, é necessário conhecer a realidade da saúde dessas comunidades para fornecer subsídios para um planejamento adequado e eficaz de ações em saúde sexual e reprodutiva permitindo à essas mulheres atingir suas intenções reprodutivas.

Conclusão

Os resultados deste estudo reforçam que a liberdade em decidir suas escolhas reprodutivas promove vida sexual segura e satisfatória. Nesse sentido, a autonomia reprodutiva está associada positivamente à tomada de decisão sobre cuidados de saúde. A melhoria de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos garante bem-estar reprodutivo das mulheres e fortalece a tomada de decisão sobre sua própria saúde.

As diferenças nos padrões sexuais e reprodutivos refletem as influências culturais, de fatores socioeconômicos, de acesso a serviços de saúde. A associação dos determinantes sociais de saúde como estado civil, menarca, escolaridade e idade interferem nas escolhas reprodutivas das mulheres implicando em riscos à saúde sexual e reprodutiva.

As mulheres quilombolas deste estudo apresentaram elevada autonomia reprodutiva, principalmente nos domínios Tomada de decisão e Ausência de coerção. Verificou-se que o estado conjugal interferiu na autonomia reprodutiva sendo que as mulheres quilombolas solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia reprodutiva geral, comparadas às mulheres casadas ou com companheiros. A menarca tardia e realização de exame de mamografia foram fatores associados a menor autonomia reprodutiva no constructo “Ausência de coerção” e na “Autonomia reprodutiva total”.

Mulheres pretas/pardas estão sujeitas a maior vulnerabilidade, sendo assim é importante e necessário identificar os vieses raciais buscando a equidade na atenção à essas mulheres de modo a permitir assistência diferenciada a essa população.

Para melhorar as condições de saúde, são necessárias mudanças profundas nos padrões econômicos e intensificar políticas públicas sociais e de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Stud Fam Plann.* 2014;45(1): 19-41. doi: 10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x
- 2- Osamor PE, Grady C. Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. *Int J Womens Health.* 2016;8:191-202. Published 2016

Jun 7. doi:10.2147/IJWH.S105483. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908934/>. Acesso em: 27 out. 2020.

3- Osamor P, Grady C. Factors associated with women's health care decision-making autonomy: empirical evidence from Nigeria. *J Biosoc Sci.* 2018 Jan;50(1):70-85. doi: 10.1017/S0021932017000037. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28183370; PMCID: PMC6010313.

4- Gomes RCM, Nogueira C, Toneli MJF. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. *Psicol. Soc [Internet].* 2016 [acesso 2020 Mai 15]; 28(1): 115-124. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p115>

5- Loll D, Fleming PJ, Stephenson R, King EJ, Morhe E, Manu A, Hall KS. Factors associated with reproductive autonomy in Ghana. *Cult Health Sex.* 2020 Apr 17:1-18. doi: 10.1080/13691058.2019.1710567. Epub ahead of print. PMID: 32301400.

6- Nguyen N, Londeree J, Nguyen LH, Tran DH, Gallo MF. Reproductive autonomy and contraceptive use among women in Hanoi, Vietnam. *Contracept X.* 2019;1:100011. doi: 10.1016/j.conx.2019.100011. PMID: 32494775; PMCID: PMC7252425.

7- Ferreira RV, Costa MR, Melo DCS. Planejamento familiar: gênero e significados. *Textos & Contextos*, v. 13, n. 2, p. 387-397, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321532943015.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

8- YALEW SA, ZELEKE BM, TEFERRA AS. Demand for long acting contraceptive methods and associated factors among family planning service users, Northwest Ethiopia: a health facility based cross sectional study. *BMC Research Notes [Internet].* 2015 [acesso 2020 Fev 10]; 8(29). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-015-0974-6>

9- Santos NJS. To be black and woman: dual vulnerability to STD/HIV/AIDS. *Saude Soc. [Internet].* 2016 [acesso 2020 Jul 03];25(3):602-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162627>

10- Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

- 11- Fundação Cultural Palmares. Comunidades remanescentes de quilombos [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 02]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>
- 12- Pesquisa Nacional de Saúde – PNS. Delineamento da PNS [Internet]. 2013 [cited Aug 20] Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=delineamento>.
- 13- Fernandes ETBS, Dias ACS, Ferreira SL, Marques GCM, Pereira COJ. Adaptação cultural e confiabilidade da Reproductive Autonomy Scale para mulheres no Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(3):298–304. doi: 10.1590/1982-0194201900041
- 14- Tadele, A., Tesfay, A. & Kebede, A. Factors influencing decision-making power regarding reproductive health and rights among married women in Mettu rural district, south-west, Ethiopia. *Reprod Health* 16, 155 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0813-7>
- 15- Bezerra H de S et al . Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 39, e20180014, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100457&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 nov. 2020. Epub 22-Out-2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180014>.
- 16- Barbosa YC, Oliveira AGC, Rabêlo PPC, SILVA F de S, Santos AM dos. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 20] ; 22: e190069. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100461&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190069>.
- 17- Gonsalves JR, Costa R da C. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos – Ano II (2019), volume II, n. 4 (jan-jun) – ISSN: 25951661 119.*

18- Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>

19- Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 12]; 23(11):3505-3516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>

5.4 MANUSCRITO 4 – PERFIL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E ASSOCIAÇÕES COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM MULHERES QUILOMBOLAS: ESTUDO TRANSVERSAL

PERFIL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E ASSOCIAÇÕES COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EM MULHERES QUILOMBOLAS: ESTUDO TRANSVERSAL

RESUMO

Objetivo: verificar associação entre o perfil de saúde sexual e reprodutiva e as características sociodemográficas em mulheres quilombolas.

Método: estudo transversal e analítico desenvolvido com 160 mulheres (80 mães e 80 filhas) de comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista. Utilizou-se o questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde para verificar características sociodemográficas. Foram aplicados procedimentos da estatística descritiva para obter os resultados como frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão e valores mínimos e máximos. As associações das variáveis de saúde sexual e reprodutiva com as características sociodemográficas foram testadas por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Para as associações em tabela de contingência 2x2 foi aplicado o teste qui-quadrado com correção de continuidade; para as variáveis ordinais, utilizou-se o teste qui-quadrado de tendência linear.

Resultados: Foi evidenciado um perfil de saúde sexual e reprodutiva com baixas frequências de realização de mamografia (17%) e participação da mulher (29,3%) e do parceiro (2,0%) em grupo de planejamento familiar, altas frequências de menarca ≤ 12 anos (52,5%), de mulheres sexualmente ativas (87,55%), que já ficaram grávidas (80,6%) e tiveram ao menos um parto (39,4%); frequência pouco superior a 50% de realização de exame citopatológico de colo uterino e uso de método contraceptivo (59%). O uso de métodos contraceptivos foi menor em mulheres mais velhas (34,7%) e maior em mulheres com mais escolaridades (80,4%), o número de partos foi maior nas mulheres mais velhas (75,5%), casadas ou com companheiros (45,3%) e com maior renda (52,1%), o número de parto foi menor nas mulheres com maior escolaridade (53,1%). A realização de exame citopatológico foi maior em mulheres mais velhas, casadas ou com companheiros (70,9%) e maior renda (75,0%), sendo que a menor realização de exame citopatológico foi verificada em mulheres com maior escolaridade (61,2%).

Conclusão: As condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas rurais estão relacionadas às diversidades culturais, dimensões sociais e desigualdades de gênero, classe e etnia.

Palavras-chave: Quilombolas. Saúde sexual. Saúde reprodutiva. Gênero. Fatores socioeconômicos.

INTRODUÇÃO

Direitos sexuais e reprodutivos são construções recentes, frutos de reflexões teóricas sobre os direitos individuais e coletivos. É dentro da concepção dos Direitos Humanos que eles se constituem nos espaços públicos e privados. Uma concepção fundamental, veiculada por esses direitos, é a autonomia, que requer o direito fundamental do exercício da liberdade.¹

Os conceitos de direitos reprodutivos e de direitos sexuais buscam a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade.²

A saúde sexual e reprodutiva constitui aspectos importantes no que se refere a saúde da população contribuindo para a geração de políticas e programas de saúde além de constituir como estratégia permitindo exercer uma forma bem específica e complexa de poder sobre os corpos das mulheres.³

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais, legitimados pela ordem mundial desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948, e nas diversas leis internacionais, nacionais, e nos documentos consensuais sobre direitos humanos.²

A saúde reprodutiva implica na livre escolha pela maternidade e garantia de uma reprodução segura. A saúde sexual possibilita o direito de viver a sexualidades independente da reprodução e autonomia diante de questões geracionais.³

A capacidade das mulheres de controlar sua fertilidade e decidir se e quando ter filhos deve ser examinada no contexto social e cultural em que seus direitos são exercidos. Os direitos de igualdade das mulheres se cruzam com os direitos reprodutivos e sexuais. No entanto, sua capacidade de controlar sua vida sexual e reprodutiva é muitas vezes incompatível com a tradição cultural e religiosa.⁴

As comunidades quilombolas apresentam características étnicas e práticas culturais próprias. São símbolos de resistência e opressão histórica marcadas por processos de exclusão e discriminação visto a realidade socioeconômica e sociodemográfica que vivem.

Ao longo dos anos as comunidades quilombolas perpassam por questões que vão das vulnerabilidades à luta pelo reconhecimento étnico-cultural e histórico. A identidade deste povo está diretamente relacionada ao controle cultural, social e geográfico na qual está inserida.⁵

Por apresentarem outras vivências e práticas de saúde sexual e reprodutiva, as mulheres quilombolas ainda não são totalmente contempladas por direitos e políticas concebidas como

universais. Esta condição básica de saúde sexual e reprodutiva necessita de ampliação da dimensão social desses direitos e da resposta de políticas públicas que os garanta.⁶

No contexto em que estão inseridas as mulheres quilombolas, marcadas por questões sociodemográficas, ao se discutir sobre saúde sexual e reprodutiva devemos pontuar que as mulheres não são iguais entre si e que nem todas têm acesso a políticas públicas de saúde.⁶

Nesse sentido, visando uma melhor saúde reprodutiva da população, a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, busca concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. Em seu terceiro objetivo busca-se assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades e como uma das metas (3.7) assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.⁷

Deste modo, as principais causas de iniquidades em saúde surgem das diferentes condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas condições são afetadas por iniquidades de poder, dinheiro e recursos, e todas são afetadas por gênero.⁸

A realização de estudos que abordem o tema saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas levando em consideração as associações com características sociodemográficas é extremamente relevante uma vez que fornece subsídios importantes para estratégia de planejamento de ações de prevenção e promoção em saúde.

OBJETIVO

Verificar associação entre o perfil de saúde e reprodutiva e as características sociodemográficas em mulheres quilombolas.

MÉTODO

Estudo transversal e analítico realizado com 160 mulheres quilombolas (80 mães e 80 filhas), em idade reprodutiva de 18 a 49 anos, residentes em 2020, nas comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista - Bahia. Este município está localizado no Centro do Território de Identidade do Sudoeste Baiano.

No município de Vitória da Conquista temos 23 comunidades quilombolas certificadas que são elas: Boqueirão, Corta Lote, Baixa Seca, Lagoa de Melquíades, Quatis dos Fernandes,

Lagoa dos Patos, São Joaquim de Paulo, Furadinho, Alto da Cabeceira, Lagoa Maria Clemência, Batalha, Lagoa do Arroz, Ribeirão do Panelheiro, Lagoa de Vitorino, Cachoeira do Rio Pardo, Sinzoca, Laranjeiras, Barreiro do Rio Pardo, São Joaquim do Sertão, Barrocas, Cachoeira das Araras, Lamarão, Cachoeira dos Porcos.⁹

Em virtude da pandemia de COVID-19 e por dificuldades logísticas, não foi possível realizar um censo populacional envolvendo todas as comunidades deste município. A impossibilidade de acessar o registro do número de famílias por comunidade quilombola também inviabilizou a utilização de uma amostra probabilística. Assim, optou-se por conduzir a pesquisa em apenas nove comunidades, por meio de uma amostra do tipo não probabilística por conveniência que incluiu mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: mulher em idade reprodutiva de 18 a 49 anos; mães e filhas de comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares no município de Vitória da Conquista, que autorizaram a visita para coleta dos dados e que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as mulheres (mães e/ou filhas) que não residiam na comunidade no momento, que apresentassem doenças cognitivas ou psiquiátricas que pudessem dificultar a compreensão do instrumento da coleta de dados e as que, por algum motivo, não finalizassem a entrevista.

Buscando dar uma maior representatividade territorial, o município foi dividido em Eixos (Eixo 1 – Quadrante Central; Eixo 2 – Quadrante Norte; Eixo 3 – Quadrante Centro-Oeste; e Eixo 4 – Quadrante Sul). Então, as nove comunidades foram sorteadas, obedecendo à proporcionalidade por eixo, resultando na seleção das seguintes comunidades: Ribeirão do Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Entretanto essa pesquisa foi realizada em 9 comunidades quilombolas pertencentes ao município de Vitória da Conquista: Ribeirão do Panelheiro, Barrocas, Boqueirão, Sinzoca, Lagoa dos Patos, Laranjeiras, São Joaquim do Sertão, Lagoa Maria Clemência e Lagoa de Melquíades.

Os critérios de inclusão foram: ser mulher quilombola em idade reprodutiva de 18 a 49 anos; mães e filhas; ser de comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares no município de Vitória da Conquista, que autorizem a visita para coleta e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e como critério de exclusão: não estar residindo na comunidade no momento.

A pesquisa foi pautada nos preceitos éticos que regem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹⁰ Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, – CAAE: 14087019.1.0000.5531, Parecer de Aprovação nº 3.448.011, 10/07/2019 –, iniciou-se

a coleta de dados, sendo as participantes inicialmente esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, da garantia à privacidade e confidencialidade das informações, do direito de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo e da sua contribuição voluntária. Não havendo recusa, todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS.¹¹ Para as variáveis dependentes, considerou-se as características sexuais e reprodutivas e para as variáveis independentes, as características sociodemográficas.

Os dados foram coletados entre os meses de julho de 2019 e março de 2020, por meio de entrevista individual realizada na residência das mesmas nas comunidades quilombolas contempladas no estudo.

Utilizou-se procedimentos da estatística descritiva para obter os resultados como frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão (DP) e valores mínimos e máximos.

As associações das variáveis de saúde sexual e reprodutiva com as características sociodemográficas foram testadas por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher (para os casos em que a frequência esperada foi menor que cinco). Para as associações em tabela de contingência 2x2 foi aplicado o teste qui-quadrado com correção de continuidade; para as variáveis ordinais, utilizou-se o teste qui-quadrado de tendência linear.

O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e todas as análises foram realizadas no IBM SPSS Statistics para Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.).

Este manuscrito é um recorte da tese intitulada “Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas”.

RESULTADOS

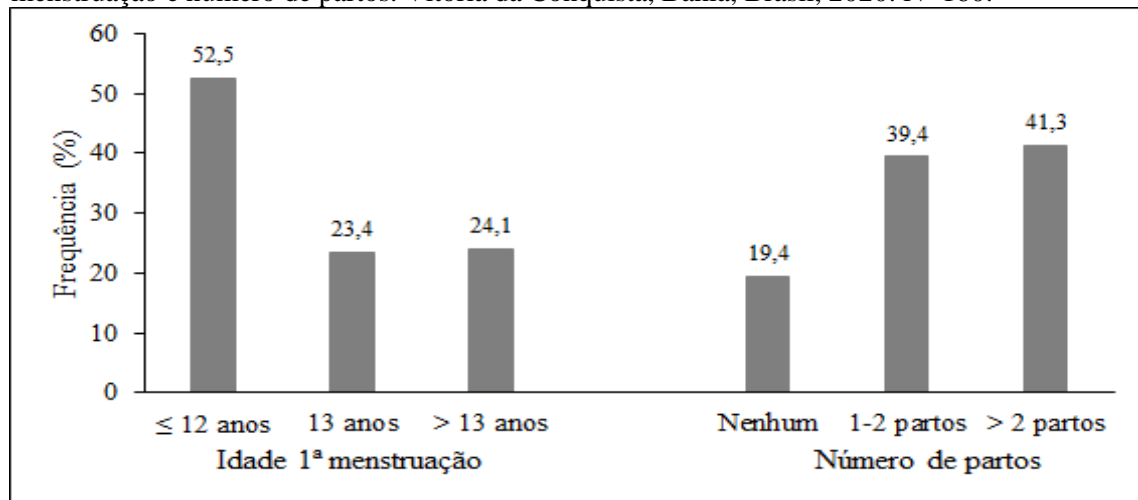
Participaram do estudo 160 mulheres quilombolas (80 mães e 80 filhas) com idade variando de 18 a 49 anos (média = 32,8; DP = 11,4). A maior parte da amostra foi constituída por mulheres dos grupos etários ≤ 23 anos (35,6%) e 24 a 42 anos (33,8%), negras (91,9%), casadas ou que vivem com companheiro (53,8%), com até 4 anos de estudo, que não trabalham (58,1%) e de religião católica (85,6%). A renda média foi de R\$ 370 (DP = 372), sendo que apenas 32,4% das mulheres incluídas no estudo tinham renda superior a R\$ 430.

Nas Figuras 1 e 2 está apresentada a distribuição das participantes do estudo, de acordo com as variáveis do perfil de saúde sexual e reprodutiva. Mais da metade das mulheres entrou

na menarca até os 12 anos de idade e cerca de um quinto das participantes nunca teve parto (Figura 1).

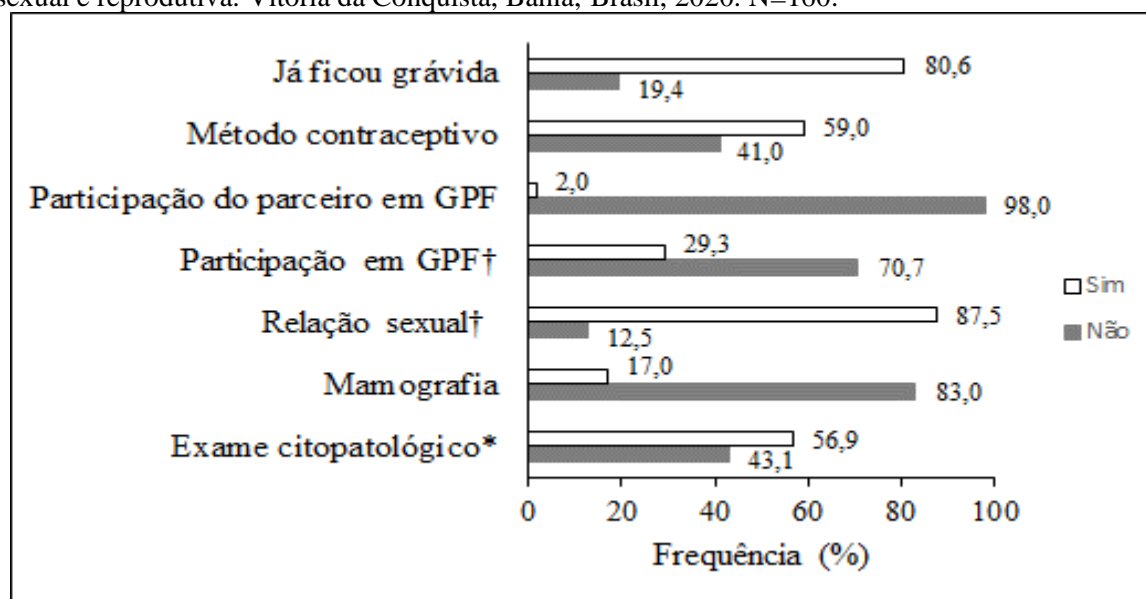
Foram baixas as frequências de realização de mamografia e participação da mulher e do parceiro em grupo de planejamento familiar. Frequências altas foram observadas para mulheres sexualmente ativas e que já ficaram grávidas. A realização de exame citopatológico de colo uterino e uso de método contraceptivo superou pouco mais de 50% da amostra (Figura 2).

Figura 1- Distribuição das participantes do estudo, de acordo com a idade da primeira menstruação e número de partos. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.



Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Figura 2- Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as variáveis do perfil de saúde sexual e reprodutiva. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.



Legenda: GPF, grupo de planejamento familiar; Exame citopatológico de colo uterino.* Últimos 2 anos; † Últimos 12 meses.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 1 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a idade da primeira menstruação e as variáveis sociodemográficas avaliadas. Os resultados das análises indicaram associação entre a idade da primeira menstruação e cor/raça, sendo que a frequência de mulheres que tiveram menarca mais tardia (depois dos 13 anos de idade) foi maior entre as mulheres que autodeclararam brancas (46,2%). Observou-se também que a menarca pregressa (≤ 12 anos) foi maior entre as mulheres com idade ≤ 23 anos (54,4%), entre as casadas/com companheiro (54,8%) e estudos > 9 anos (55,1%).

Tabela 1- Distribuição das participantes do estudo, por idade da primeira menstruação e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Idade da 1ª menstruação | | | *p-valor |
|----------------|-------------------------|------------|-------------|----------|
| | ≤ 12 anos | 13 anos | > 13 anos | |
| Grupo etário | | | | |
| ≤ 23 anos | 31 (54,4%) | 12 (21,1%) | 14 (24,6%) | 0,219 |
| 24 a 42 anos | 31 (58,5%) | 15 (28,3%) | 7 (13,2%) | |
| > 42 anos | 21 (43,8%) | 10 (20,8%) | 17 (35,4%) | |
| Cor/raça | | | | |

| | | | | |
|--------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Branca | 7 (53,8%) | 0 (0,0%) | 6 (46,2%) | 0,033 |
| Negra | 76 (52,4%) | 37 (25,5%) | 32 (22,1%) | |
| Estado conjugal | | | | |
| Solteira/sem companheiro | 37 (50,0%) | 22 (29,7%) | 15 (20,3%) | 0,186 |
| Casada/com companheiro | 46 (54,8%) | 15 (17,9%) | 23 (27,4%) | |
| Anos de estudo | | | | |
| ≤ 4 anos | 31 (50,8%) | 12 (19,7%) | 18 (29,5%) | 0,392 |
| 5 a 9 anos | 25 (52,1%) | 13 (27,1%) | 10 (20,8%) | |
| > 9 anos | 27 (55,1%) | 12 (24,5%) | 10 (20,4%) | |
| Trabalha atualmente | | | | |
| Sim | 36 (55,4%) | 14 (21,5%) | 15 (23,1%) | 0,826 |
| Não | 47 (50,5%) | 23 (24,7%) | 23 (24,7%) | |
| Renda mensal | | | | |
| ≤ R\$ 130 | 30 (54,5%) | 14 (25,5%) | 11 (20,0%) | 0,552 |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 22 (51,2%) | 8 (18,6%) | 13 (30,2%) | |
| > R\$ 430 | 25 (52,1%) | 10 (20,8%) | 13 (27,1%) | |
| Religião | | | | |
| Não católica | 13 (56,5%) | 6 (26,1%) | 4 (17,4%) | 0,719 |
| Católica | 70 (51,9%) | 31 (23,0%) | 34 (25,2%) | |

* Teste qui-quadrado (estado conjugal, trabalha atualmente e religião), teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal) ou teste exato de Fisher (cor/raça).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 2 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com o número de partos e as variáveis sociodemográficas avaliadas. A quantidade de partos foi associada ao grupo etário, estado conjugal, anos de estudo e renda mensal. Os resultados das análises indicaram associação linear direta do número de partos com a idade e renda das participantes, com a quantidade de partos sendo maior entre as mais velhas (75,5%) e com maior renda (52,1%).

Foi verificada associação linear inversa entre número de partos e anos de estudo, mostrando que o número de partos foi significativamente maior quanto menor a escolaridade das mulheres (74,2%). Além disso, os dados evidenciaram que o número de partos foi maior

entre as mulheres casadas ou com companheiro (45,3%), quando comparadas às mulheres solteiras ou sem companheiro (36,5%).

Tabela 2- Distribuição das participantes do estudo, por número de partos e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Número de partos | | | *p-valor |
|----------------------------|------------------|------------|------------|----------|
| | Nenhum | 1-2 partos | > 2 partos | |
| Grupo etário | | | | |
| ≤ 23 anos | 29 (50,9%) | 27 (47,4%) | 1 (1,8%) | |
| 24 a 42 anos | 2 (3,7%) | 24 (44,4%) | 28 (51,9%) | < 0,001 |
| > 42 anos | 0 (0,0%) | 12 (24,5%) | 37 (75,5%) | |
| Cor/raça | | | | |
| Branca | 0 (0,0%) | 6 (46,2%) | 7 (53,8%) | 0,179 |
| Negra | 31 (21,1%) | 57 (38,8%) | 59 (40,1%) | |
| Estado conjugal | | | | |
| Solteira/sem companheiro | 29 (39,2%) | 18 (24,3%) | 27 (36,5%) | < 0,001 |
| Casada/com companheiro | 2 (2,3%) | 45 (52,3%) | 39 (45,3%) | |
| Anos de estudo | | | | |
| ≤ 4 anos | 0 (0,0%) | 16 (25,8%) | 46 (74,2%) | |
| 5 a 9 anos | 5 (10,2%) | 27 (55,1%) | 17 (34,7%) | < 0,001 |
| > 9 anos | 26 (53,1%) | 20 (40,8%) | 3 (6,1%) | |
| Trabalha atualmente | | | | |
| Sim | 11 (16,4%) | 23 (34,3%) | 33 (49,3%) | 0,217 |
| Não | 20 (21,5%) | 40 (43,0%) | 33 (35,5%) | |
| Renda mensal | | | | |
| ≤ R\$ 130 | 18 (32,1%) | 25 (44,6%) | 13 (23,2%) | |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 4 (9,1%) | 20 (45,5%) | 20 (45,5%) | 0,001 |
| > R\$ 430 | 7 (14,6%) | 16 (33,3%) | 25 (52,1%) | |
| Religião | | | | |
| Não católica | 2 (8,7%) | 10 (43,5%) | 11 (47,8%) | 0,409 |
| Católica | 29 (21,2%) | 53 (38,7%) | 55 (40,1%) | |

* Teste qui-quadrado (estado conjugal e trabalha atualmente), teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal) ou teste exato de Fisher (cor/raça e religião).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com gravidez pregressa e as variáveis sociodemográficas avaliadas. A gravidez pregressa foi associada ao grupo etário, estado conjugal, anos de estudo e renda mensal. Os resultados das análises indicaram associação linear direta de gravidez pregressa com a idade e renda das participantes, com a frequência de mulheres que já ficaram grávidas sendo maior entre as mais velhas (N=49, 100%) e com maior renda (N=41, 85,4%).

Foi verificada associação linear inversa entre gravidez pregressa e anos de estudo, mostrando que a frequência de mulheres que já ficaram grávidas foi significativamente menor quanto maior a escolaridade (N=23, 46,9%). Os dados também evidenciaram que a frequência de mulheres que já gestaram foi maior entre as casadas ou com companheiro (N=84, 97,7%), quando comparadas as solteiras ou sem companheiro (N=45, 60,8%) .

Tabela 3- Distribuição das participantes do estudo, por gravidez pregressa e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Já ficou grávida | | *p-valor |
|--------------------------|------------------|-------------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 29 (50,9%) | 28 (49,1%) | |
| 24 a 42 anos | 2 (3,7%) | 52 (96,3%) | < 0,001 |
| > 42 anos | 0 (0,0%) | 49 (100,0%) | |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 0 (0,0%) | 13 (100,0%) | 0,074 |
| Negra | 31 (21,1%) | 116 (78,9%) | |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 29 (39,2%) | 45 (60,8%) | < 0,001 |
| Casada/com companheiro | 2 (2,3%) | 84 (97,7%) | |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 0 (0,0%) | 62 (100,0%) | < 0,001 |

| | | | |
|----------------------------|------------|-------------|-------|
| 5 a 9 anos | 5 (10,2%) | 44 (89,8%) | |
| > 9 anos | 26 (53,1%) | 23 (46,9%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 11 (16,4%) | 56 (83,6%) | 0,548 |
| Não | 20 (21,5%) | 73 (78,5%) | |
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 18 (32,1%) | 38 (67,9%) | 0,020 |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 4 (9,1%) | 40 (90,9%) | |
| > R\$ 430 | 7 (14,6%) | 41 (85,4%) | |
| Religião | | | |
| Não católica | 2 (8,7%) | 21 (91,3%) | 0,253 |
| Católica | 29 (21,2%) | 108 (78,8%) | |

* Teste qui-quadrado (estado conjugal e trabalha atualmente), teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal) ou teste exato de Fisher (cor/raça e religião).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 4 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a utilização de método contraceptivo e as variáveis sociodemográficas avaliadas. A utilização de método contraceptivo foi associada ao grupo etário e anos de estudo.

Os resultados das análises indicaram associação linear inversa entre a utilização de método contraceptivo e a idade das participantes, com a frequência de mulheres que fazem uso de método para evitar gravidez sendo menor entre as mais velhas (34,7%).

Foi verificada associação linear direta entre a utilização de método contraceptivo e anos de estudo, mostrando que a frequência de mulheres que fazem uso de métodos para evitar a gravidez foi significativamente maior quanto mais alta a escolaridade (80,4%).

Tabela 4- Distribuição das participantes do estudo, por utilização de método contraceptivo e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Método contraceptivo | | *p-valor |
|--------------------------|----------------------|------------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 12 (22,2%) | 42 (77,8%) | |
| 24 a 42 anos | 20 (37,7%) | 33 (62,3%) | < 0,001 |
| > 42 anos | 32 (65,3%) | 17 (34,7%) | |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 5 (38,5%) | 8 (61,5%) | 1,000 |
| Negra | 59 (41,3%) | 84 (58,7%) | |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 24 (34,3%) | 46 (65,7%) | 0,167 |
| Casada/com companheiro | 40 (46,5%) | 46 (53,5%) | |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 36 (59,0%) | 25 (41,0%) | |
| 5 a 9 anos | 19 (38,8%) | 30 (61,2%) | < 0,001 |
| > 9 anos | 9 (19,6%) | 37 (80,4%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 29 (44,6%) | 36 (55,4%) | 0,545 |
| Não | 35 (38,5%) | 56 (61,5%) | |
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 20 (37,0%) | 34 (63,0%) | |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 16 (36,4%) | 28 (63,6%) | 0,395 |
| > R\$ 430 | 21 (45,7%) | 25 (54,3%) | |
| Religião | | | |
| Não católica | 14 (60,9%) | 9 (39,1%) | 0,062 |
| Católica | 50 (37,6%) | 83 (62,4%) | |

* Teste qui-quadrado (cor/raça, estado conjugal, trabalha atualmente e religião) ou teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 5 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a participação do parceiro em grupo de planejamento familiar e as variáveis sociodemográficas avaliadas. Os resultados das análises indicaram que a participação do parceiro em grupo de planejamento familiar foi associada a raça/cor da participante, sendo que maior participação foi observada entre os parceiros das mulheres que se autodeclararam brancas (18,2%).

Tabela 5- Distribuição das participantes do estudo, por participação do parceiro em grupo de planejamento familiar e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Participação do parceiro em GPF | | *p-valor |
|----------------------------|---------------------------------|-----------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 50 (98,0%) | 1 (2,0%) | |
| 24 a 42 anos | 52 (98,1%) | 1 (1,9%) | 1,000 |
| > 42 anos | 46 (97,9%) | 1 (2,1%) | |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 9 (81,8%) | 2 (18,2%) | 0,014 |
| Negra | 139 (99,3%) | 1 (0,7%) | |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 64 (98,5%) | 1 (1,5%) | 1,000 |
| Casada/com companheiro | 84 (97,7%) | 2 (2,3%) | |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 58 (98,3%) | 1 (1,7%) | |
| 5 a 9 anos | 46 (98,5%) | 2 (4,2%) | 0,499 |
| > 9 anos | 44 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 60 (96,8%) | 2 (3,2%) | 0,568 |

| | | | |
|---------------------|-------------|----------|-------|
| Não | 88 (98,9%) | 1 (1,1%) | |
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 53 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 41 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0,057 |
| > R\$ 430 | 42 (93,3%) | 3 (3,7%) | |
| Religião | | | |
| Não católica | 23 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Católica | 125 (97,7%) | 3 (2,3%) | 1,000 |

Legenda: GPF, grupo de planejamento familiar. * Teste exato de Fisher.

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 6 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a participação das mulheres em grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses e as variáveis sociodemográficas avaliadas.

Os resultados das análises indicaram que a participação em grupo de planejamento familiar foi associada aos anos de estudo, sendo que menor participação foi observada entre as mulheres de menor (≤ 4 anos de estudo) (78,7%) e maior escolaridade (> 9 anos de estudo) (76,6%), quando comparadas as participantes com escolaridade intermediária (5 a 9 anos de estudo) (55,1%).

Tabela 6- Distribuição das participantes do estudo, por participação em grupo de planejamento familiar e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Participação em GPF* | | †p-valor |
|---------------------|----------------------|------------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 38 (69,1%) | 17 (30,9%) | |
| 24 a 42 anos | 33 (62,3%) | 20 (37,7%) | 0,180 |
| > 42 anos | 40 (81,6%) | 9 (18,4%) | |

| | | | |
|--------------------------|-------------|------------|-------|
| Cor/raça | | | |
| Branca | 9 (69,2%) | 4 (30,8%) | 1,000 |
| Negra | 102 (70,8%) | 42 (29,2%) | |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 50 (70,4%) | 21 (29,6%) | 1,000 |
| Casada/com companheiro | 61 (70,9%) | 25 (29,1%) | |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 48 (78,7%) | 13 (21,3%) | |
| 5 a 9 anos | 27 (55,1%) | 22 (44,9%) | 0,015 |
| > 9 anos | 36 (76,6%) | 11 (23,4%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 52 (78,8%) | 14 (21,2%) | 0,086 |
| Não | 59 (64,8%) | 32 (35,2%) | |
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 35 (64,8%) | 19 (35,2%) | |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 33 (75,0%) | 11 (25,0%) | 0,534 |
| > R\$ 430 | 33 (70,2%) | 14 (29,8%) | |
| Religião | | | |
| Não católica | 17 (73,9%) | 6 (26,1%) | 0,906 |
| Católica | 94 (70,1%) | 40 (29,9%) | |

Legenda: GPF, grupo de planejamento familiar. * Últimos 12 meses; † teste qui-quadrado (estado conjugal, anos de estudo, trabalha atualmente e religião), teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário e renda mensal) ou teste exato de Fisher (cor/raça).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 7 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a prática sexual nos últimos 12 meses e as variáveis sociodemográficas avaliadas. A prática sexual foi associada ao grupo etário, estado conjugal e anos de estudo. Os resultados das análises indicaram associação linear direta entre atividade sexual e a idade das participantes, com a prática sexual sendo mais presente entre as mulheres mais velhas (93,9%).

Foi verificada associação linear inversa entre atividade sexual e anos de estudo, mostrando que a prática sexual foi significativamente mais presente quanto menor a escolaridade das mulheres (91,9%). Além disso, os dados evidenciaram que a atividade sexual foi mais presente entre as mulheres casadas ou com companheiro (96,5%), quando comparadas às mulheres solteiras ou sem companheiro (77,0%).

Tabela 7- Distribuição das participantes do estudo, por relação sexual nos últimos 12 meses e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Relação sexual* | | †p-valor |
|--------------------------|-----------------|-------------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 13 (22,8%) | 44 (77,2%) | |
| 24 a 42 anos | 4 (7,4%) | 50 (92,6%) | 0,008 |
| > 42 anos | 3 (6,1%) | 46 (93,9%) | |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 2 (15,4%) | 11 (84,6%) | |
| Negra | 18 (12,2%) | 129 (87,8%) | 0,667 |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 17 (23,0%) | 57 (77,0%) | |
| Casada/com companheiro | 3 (3,5%) | 83 (96,5%) | 0,001 |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 5 (8,1%) | 57 (91,9%) | |
| 5 a 9 anos | 3 (6,1%) | 46 (93,9%) | 0,013 |
| > 9 anos | 12 (24,5%) | 37 (75,5%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 7 (10,4%) | 60 (89,6%) | |
| Não | 13 (14,0%) | 80 (86,0%) | 0,672 |

| | | | |
|-------------------|------------|-------------|-------|
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 10 (17,9%) | 46 (82,1%) | |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 5 (11,4%) | 39 (88,6%) | 0,262 |
| > R\$ 430 | 5 (10,4%) | 43 (89,6%) | |
| Religião | | | |
| Não católica | 3 (13,0%) | 20 (87,0%) | |
| Católica | 17 (12,4%) | 120 (87,6%) | 1,000 |

* Últimos 12 meses; † teste qui-quadrado (estado conjugal e trabalha atualmente), teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal) ou teste exato de Fisher (cor/raça e religião).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 8 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a realização de mamografia e as variáveis sociodemográficas avaliadas. A realização de mamografia foi associada ao grupo etário, estado conjugal e anos de estudo. Os resultados das análises indicaram associação linear direta entre realização de mamografia e a idade das participantes, com a realização desse exame sendo mais frequente entre as mulheres mais velhas (44,9%).

Foi verificada associação linear inversa entre realização de mamografia e anos de estudo, mostrando que a realização de mamografia foi significativamente mais frequente quanto menor a escolaridade das mulheres (32,3%). Os dados também evidenciaram que a realização de mamografia foi mais frequente entre as mulheres casadas ou com companheiro (25,6%), quando comparadas as mulheres solteiras ou sem companheiro (6,8%).

Tabela 8- Distribuição das participantes do estudo, por realização de mamografia e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Mamografia | | *p-valor |
|--------------|-------------|------------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 56 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| 24 a 42 anos | 49 (90,7%) | 5 (9,3%) | < 0,001 |
| > 42 anos | 27 (55,1%) | 22 (44,9%) | |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 10 (76,9%) | 3 (23,1%) | 0,464 |

| | | | |
|--------------------------|-------------|------------|---------|
| Negra | 122 (83,6%) | 24 (16,4%) | |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 68 (93,2%) | 5 (6,8%) | 0,003 |
| Casada/com companheiro | 64 (74,4%) | 22 (25,6%) | |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 42 (67,7%) | 20 (32,3%) | < 0,001 |
| 5 a 9 anos | 43 (87,8%) | 6 (12,2%) | |
| > 9 anos | 47 (97,9%) | 1 (2,1%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 54 (80,6%) | 13 (19,4%) | 0,631 |
| Não | 78 (84,8%) | 14 (15,2%) | |
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 50 (90,9%) | 5 (9,1%) | 0,102 |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 35 (79,5%) | 9 (20,5%) | |
| > R\$ 430 | 38 (79,2%) | 10 (20,8%) | |
| Religião | | | |
| Não católica | 19 (82,6%) | 4 (17,4%) | 1,000 |
| Católica | 113 (83,1%) | 23 (16,9%) | |

* Teste qui-quadrado (estado conjugal e trabalha atualmente), teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal) ou teste exato de Fisher (cor/raça e religião).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

Na Tabela 9 está apresentada a distribuição das mulheres quilombolas, de acordo com a realização de exame citopatológico de colo uterino nos últimos 2 anos e as variáveis sociodemográficas avaliadas. A realização de exame citopatológico foi associada ao grupo etário, estado conjugal, anos de estudo, trabalha atualmente e renda mensal. Os resultados das análises indicaram associação linear direta da realização de exame citopatológico de colo uterino com a idade e renda das participantes, com a realização desse procedimento sendo mais frequente entre as mulheres mais velhas (69,4%) e de maior renda (75,0%).

Foi verificada associação linear inversa entre a realização de exame citopatológico de colo uterino e anos de estudo, mostrando que a realização deste exame foi significativamente mais frequente quanto menor a escolaridade das mulheres (74,2%). Os dados também

evidenciaram que a realização de exame citopatológico foi mais frequente entre as mulheres casadas ou com companheiro (70,9%) e que trabalham atualmente (68,7%), quando comparadas às demais.

Tabela 9 - Distribuição das participantes do estudo, por realização de exame citopatológico de colo uterino nos últimos 2 anos e segundo variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020. N=160.

| Variável | Exame citopatológico de colo uterino* | | †p-valor |
|--------------------------|---------------------------------------|------------|----------|
| | Não | Sim | |
| Grupo etário | | | |
| ≤ 23 anos | 41 (71,9%) | 16 (28,1%) | |
| 24 a 42 anos | 13 (24,1%) | 41 (75,9%) | < 0,001 |
| > 42 anos | 15 (30,6%) | 34 (69,4%) | |
| Cor/raça | | | |
| Branca | 5 (38,5%) | 8 (61,5%) | 0,951 |
| Negra | 64 (43,5%) | 83 (56,5%) | |
| Estado conjugal | | | |
| Solteira/sem companheiro | 44 (59,5%) | 30 (40,5%) | < 0,001 |
| Casada/com companheiro | 25 (29,1%) | 61 (70,9%) | |
| Anos de estudo | | | |
| ≤ 4 anos | 16 (25,8%) | 46 (74,2%) | |
| 5 a 9 anos | 23 (46,9%) | 26 (53,1%) | < 0,001 |
| > 9 anos | 30 (61,2%) | 19 (38,8%) | |
| Trabalha atualmente | | | |
| Sim | 21 (31,3%) | 46 (68,7%) | 0,017 |
| Não | 48 (51,6%) | 45 (48,4%) | |
| Renda mensal | | | |
| ≤ R\$ 130 | 30 (53,6%) | 26 (46,4%) | |
| R\$ 131 a R\$ 430 | 21 (47,7%) | 23 (52,3%) | 0,008 |
| > R\$ 430 | 12 (25,0%) | 36 (75,0%) | |
| Religião | | | |

| | | | |
|--------------|------------|------------|-------|
| Não católica | 10 (43,5%) | 13 (56,5%) | 1,000 |
| Católica | 59 (43,1%) | 78 (56,9%) | |

* Últimos 2 anos; * teste qui-quadrado (cor/raça, estado conjugal, trabalha atualmente e religião) ou teste qui-quadrado de tendência linear (grupo etário, anos de estudo e renda mensal).

Fonte: Coleta de dados da pesquisa Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas.

DISCUSSÃO

Com esta investigação foi possível identificar o perfil sexual e reprodutivo das mulheres quilombolas como: baixa participação em grupo de planejamento familiar tanto para aquelas com menor bem como com maior escolaridade; baixa realização de mamografia; menarca mais precoce nas mulheres que se autodeclararam negras; aumento do número de partos, atividades sexual e realização de exames citopatológico de colo uterino relacionados a uma maior renda e ao estado civil de casada ou com companheiros.

As comunidades rurais encontram-se em condições de saúde menos favoráveis por conta do isolamento geográfico e das limitações de acesso aos serviços de saúde. Alguns motivos pela não procura pelo serviço de saúde podem incluir conhecimento inadequado; preferências por formas culturais, tradicionais e/ou religiosas de atendimento; fatores pessoais, percepções relacionadas aos custos e distância dos serviços.¹² A necessidade e a dificuldade de deslocamento para obter acesso à assistência à saúde da mulher implica em discriminação e descumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos.⁶

O perfil reprodutivo das mulheres quilombolas neste estudo, mostrou que o número partos foi associado às características como grupo etário, estado conjugal, anos de estudo e renda mensal. Estes achados apresentam alinhamento com outro estudo realizado com mulheres de diferentes regiões brasileiras, onde indicou que há maior paridade média entre as mulheres do Norte, residentes em zona rural, em união estável, não brancas, com menos de um ano de estudo.¹³

A construção histórica do lugar ocupado na sociedade pelas mulheres negras e na transversalidade de gênero raça/etnia no campo da saúde reprodutiva revela a importância de inclusão do recorte étnico/racial no campo de análise sobre as condições de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.¹⁴

A depender do contexto histórico e sociocultural, a maternidade é capaz de assumir diferentes características. A escolaridade é uma das primeiras questões que aparece como um aspecto importante¹⁴, considerada fator impactante no que diz respeito à paridade visto que quanto maior a instrução maior será o acesso às informações de saúde sexual e reprodutiva o que refletirá na tomada de decisões reprodutivas dessas mulheres.^{13,15}

Com relação às mulheres quilombolas desse estudo, constatou-se uma relação inversa entre a faixa etária e grau de escolaridade no que se refere ao uso de métodos contraceptivos. Foi observado que quanto mais velha é essa mulher, menor é o uso de métodos contraceptivos, assim como quanto maior for a escolaridade maior é o uso de métodos contraceptivos. Mulheres que se autodeclararam negras apresentaram menarca precoce (≤ 12 anos).

A escolaridade é considerada fator determinante para a escolha e uso do método contraceptivo¹⁶, a baixa escolaridade é um dos fatores que contribui para a não adesão aos métodos em virtude do baixo grau de instrução não conseguem assimilar as orientações passadas por profissionais de saúde.¹⁷

Observou-se nesse estudo baixa participação em grupos de planejamento familiar pelas mulheres quilombolas (29,3%) assim como os parceiros (2,0%). Nesse aspecto, é necessário e oportuno que os serviços de saúde discutam estratégias de planejamento reprodutivo e Direitos Sexuais e Reprodutivos de modo a oferecer ações educativas e acesso a informações¹⁸ adequando o processo de trabalho a realidade da zona rural com estratégias direcionadas a real necessidade dessa população.¹⁹

Dessa forma, ressalta-se a importância das ações de educação em saúde de construção conjunta a partir de demandas que contemplem perspectivas futuras possibilitando compreensão quanto ao planejamento reprodutivo e à saúde reprodutiva¹⁸ permitindo a essa mulher uma melhor entendimento dos benefícios de temas que envolvem e discutem a saúde da mulher.¹⁶

As condições que homem e mulher vivenciam são produtos de uma construção social resultado da combinação de fatores de ordem ética, política, cultural econômica e social. A mulher é vista e pensada a partir da constituição biológica, da ideia de uma maternidade biológica responsável pela educação, criação e cuidar de seus filhos.

Nesse sentido, observamos que no planejamento reprodutivo encontramos questões de gênero bem definidas, cabendo à mulher o dever do planejamento reprodutivo, da contracepção e da prevenção, direcionando-a aos grupos de educação em saúde sobre planejamento reprodutivo e responsabilizando-a por englobar o parceiro nos cuidados.¹⁸

O rastreamento do câncer de mama é necessário e indispensável para detecção precoce e tratamento oportuno para garantir numa perspectiva de cuidado integral à saúde da mulher. O acesso à mamografia não é igualitário entre as mulheres brasileiras.²⁰

Nesse estudo, as mulheres que mais realizaram o exame de rastreamento do câncer de mama foram as casadas ou com companheiros, as mais velhas (idade maior que 42 anos) e aquelas com menor escolaridade. Levando em consideração que as mulheres pertencentes ao público-alvo do MS para a realização de mamografia tem idade entre 50 e 69 anos e as mulheres em estudo apresentavam idade reprodutiva (18 a 49 anos) pode provavelmente justificar o baixo número de realização do exame.

Entretanto, ressaltamos que o grau de escolaridade dessas mulheres quilombolas sinalizou associações inversa demonstrando nos resultados que a maior realização de exames de mamografia e exame citopatológico ocorreu em mulheres que apresentaram menor escolaridade.

A realização do exame citopatológico pelas mulheres do estudo apresentou cobertura pouco superior a 50%, sendo maior em mulheres mais velhas, casadas e/ou com companheiros, com maior renda e que trabalham atualmente. Àquelas com maior escolaridade a realização do exame foi menor.

Estudos apontam os principais fatores que contribuem para a não realização do exame citopatológico, questões culturais, pertencer à raça negra/parda, baixo nível socioeconômico, solteiras²¹, falta de conhecimento quanto a importância do exame^{21,22,23} dificuldade de acesso²³, medo e vergonha.^{21,23}

Um outro estudo realizado com mulheres quilombolas, revelou o desconhecimento dessas mulheres em relação do próprio corpo bem como a dificuldade de entendimento quanto ao câncer do colo do útero.²⁴

A autonomia e a tomada de decisões influencia na capacidade das mulheres de cuidar de sua saúde e utilizar serviços de saúde de forma adequada bem como na escolha de opções de tratamento.²⁵

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível avaliar o perfil de saúde sexual e reprodutivo quanto à condição sociodemográfica, identificando aspectos que repercutem na condição de saúde dessas mulheres quilombolas.

O perfil de saúde sexual e reprodutiva da amostra estudada de mulheres quilombolas foi caracterizado por: baixas frequências de realização de mamografia e participação da mulher e do parceiro em grupo de planejamento familiar; altas frequências de menarca até os 13 anos, de mulheres sexualmente ativas, que já ficaram grávidas e tiveram ao menos um parto; frequência pouco superior a 50% de realização de exame citopatológico de colo uterino e uso de método contraceptivo.

A análise possibilitou identificar que as mulheres mais velhas apresentam menor uso de método contraceptivo e maior número de partos, gravidez pregressa, atividade sexual e realização de mamografia e exame citopatológico. Àquelas com maior escolaridade apresentaram maior uso de método contraceptivo e menor número de partos, gravidez pregressa, atividade sexual e realização de mamografia e exame citopatológico.

Mulheres com maior renda apresentaram maior número de partos e realização de exame citopatológico. A realização de exame citopatológico de colo uterino foi associada a condição de trabalhar atualmente.

Destacamos que as características sociodemográficas particulares das comunidades quilombolas influenciam no perfil de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Entretanto, salientamos que a religião parece não exercer influência sobre o perfil de saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas.

Assim, os direitos sexuais e reprodutivos só serão garantidos quando as políticas públicas garantirem liberdades individuais considerando as dimensões sociais que essas mulheres quilombolas estão inseridas de modo a reconhecê-las pelas singularidades do ser mulher frente às desigualdades sociodemográficas bem como pelo reconhecimento étnico-cultural.

REFERÊNCIAS

1. SOUZAS, R.; ALVARENGA, A.T.de. Direitos sexuais, direitos reprodutivos concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. Saúde soc. São Paulo, v.16, n.2, p. 125-32, Ago.2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200012&Ing=en&nrm=iso
2. VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. 2.ed. Imprensa: Brasília, UNFPA, 2004. 196 p.

3. XAVIER AK, ROSATO CM. Mulheres e Direitos: saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. *Revista Ártemis* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 22]; 15(21): 116- 130. Disponível em: <https://doi.org/10.15668/1807-8214/artemis.v21n1p116-130>
4. CASAS, L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: Evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Reproductive Health Matters*, 2009, Nov,17(34), 78–87. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)34473-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)34473-0)
5. FREITAS, IA; RODRIGUES, ILA; SILVA, IFS da; NOGUEIRA, LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuid*. 2018; 9(2): 2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>
6. VERAS RS. Aprendizagens e desaprendizagens sobre direitos sexuais e reprodutivos perante as experiências de saúde das mulheres negras rurais maranhenses. *Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Ago 15]; 5. Disponível em: <https://doi.org/10.23899/relacult.v5i5.1594>
7. BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Brasília: 2018.
8. MANANDHAR M, HAWKES S, BUSE K, NOSRATI, MAGAR V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Ago 15]; 96:644-653. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.211607>
9. FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Comunidades remanescentes de quilombos. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 20 de julho de 2020
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
11. FIOCRUZ, Projeto de planejamento da Pesquisa nacional de saúde. [acesso 2018 Ago 15]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>
12. NTOIMO, LFC., OKONOFUA, FE., IGBOIN, B. et al. Why rural women do not use primary health centres for pregnancy care: evidence from a qualitative study in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 277 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2433-1>
- 13- TEJADA CAO, TRIACA LM, COSTA FK, HELLWIG F. The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [cited Set 10];12(2):e0171888. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171888>.
14. SOUZAS, R; ALVARENGA, AT de. Mulheres negras e brancas e a maternidade: questões de gênero e raça no campo da saúde. *Odeere* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Ago 04]; 3(3). Disponível em: <https://doi.org/10.22481/odeere.v3i3.1581>

15. COUTINHO RZ, GOLGHER AB. Modelling the proximate determinants of fertility for Brazil: the advent of competing preferences. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 35, n. 1, e0041, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982018000100152&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Sept. 2020. Epub June 14, 2018. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0041>
16. FERREIRA HLOC, BARBOSA DFF, ARAGÃO VM, OLIVEIRA TMF, CASTRO RCMB, AQUINO OS, PINHEIRO, AKB. Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. *Rev. Bras. Enferm [Internet]*. 2019 [acesso 2020 Set 13]; 72(4):1044-1051. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>.
17. SANTOS AAP, FERREIRA CCF, SILVA ML. Factors that interfere in the choice of contraceptive method by the couple: an integrative review. *Rev APS [Internet]*. 2015 [acesso 2020 Ago 04];18(3):368-77. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2516/900>
18. FRANZE, AMAK.; BENEDET, DCF.; WALL, ML.; TRIGUEIRO, TH.; SOUZA, SRRK. Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. *REFACS*, v. 7, n. 3, p. 366-377, 2019.
19. CARDOSO CSS., Melo, LO de., Freitas, DA. Health Conditions in Quilombola Communities. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(4):1037-45, abr., 2018.
20. BARBOSA YC.; OLIVEIRA AGC.; RABÊLO PPC.; SILVA F de S.; SANTOS A M dos. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol. [Internet]*. 2019 [cited 2020 Sep 20]; 22: e190069. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100461&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190069>.
21. TIECKER, AP.; BERLEZI, EM.; GEWEHR, DM.; BANDEIRA, VAC. Conhecimento e práticas Preventivas Relacionadas às doenças oncológicas de mulheres climatéricas, RIES - Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 7, n. 1, p. 165-175, 2018.
22. CHICONELA, FV.; CHIDASSICUA, JB. Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, n. 23, p. 1-9, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41334>.
23. SILVA, MA.; FREITAS, HG.; RIBEIRO, RL.; OLIVEIRA, MNL.; SANCHES, FC.de A.; THULER, L.C.S. Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 1, p. 99-106, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/124>. Acesso em: 10 set. 2020.
24. SORTE, ETB.; NASCIMENTO, ER.; FERREIRA, SL. Conhecimento de Mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino, *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 30. n. 1, p. 325-334, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.13594>.

25. OSAMOR PE, GRADY C. Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. *Int J Womens Health*. 2016 Jun 7;8:191-202. doi: 10.2147/IJWH.S105483. PMID: 27354830; PMCID: PMC4908934.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo investigamos a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores interveniente da transmissão intergeracional entre mães e filhas. Os achados evidenciam que as mulheres quilombolas deste estudo apresentaram elevada autonomia reprodutiva, principalmente nos domínios Tomada de decisão e Ausência de coerção.

Verificou-se que o estado conjugal interferiu na autonomia reprodutiva sendo que as mulheres quilombolas solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia reprodutiva geral, comparadas às mulheres casadas ou com companheiros. A menarca tardia e realização de exame de mamografia foram fatores associados a menor autonomia reprodutiva no constructo “Ausência de coerção” e na “Autonomia reprodutiva total”.

Os resultados reforçam que a liberdade em decidir suas escolhas reprodutivas promove vida sexual segura e satisfatória. Nesse sentido, a autonomia reprodutiva está associada positivamente à tomada de decisão sobre cuidados de saúde.

A autonomia reprodutiva é transferida de forma intergeracional entre mães e filhas quilombolas, sendo que essa transmissão ocorre sobretudo nos domínios “Ausência de coerção” e “Comunicação”. Onde a idade da mãe e a cor/raça da filha foram fatores interveniente na transmissão intergeracional relacionada ao constructo “Tomada de decisão”, sendo que redução na transmissão intergeracional desse constructo foi associada a menor idade da mãe e o autorreconhecimento da filha como negra.

A desigualdade étnico-racial e de gênero foram culturalmente, socialmente e historicamente construídas e constituem obstáculos para as decisões sexuais e reprodutivas causando impactos na autonomia dessas mulheres. Assim, a liberdade é intrínseca aos direitos sexuais e reprodutivos e nesse sentido as relações cotidianas fazem parte na construção de suas identidades no modo de pensar e agir.

Imersas no racismo, sexismo, patriarcalismo, opressão e exclusão, as mulheres negras têm menos acesso à educação o que reflete na ausência de conhecimento, de informações e conseqüentemente em menor acesso aos serviços de saúde e redução da transmissão intergeracional na tomada de decisão reprodutiva.

Ao vivenciarem seus direitos reprodutivos e de cidadania, o impacto do racismo e discriminações refletem na autonomia e liberdade das mulheres quilombolas. Assim, as escolhas reprodutivas são associados aos aspectos culturais, sociais e econômicos. Nesse sentido, a vida das mulheres quilombolas é marcada por dificuldade de informações e de acesso aos serviços de saúde o que implica em limitações de práticas e planejamento reprodutivo.

Esta pesquisa aponta que situações de desvantagens socioeconômicas, questões raciais, relações de desigualdades de gênero constituídas pela raça e classe, produzem efeitos na autonomia reprodutiva dessas mulheres assim como nos processos de escolhas sexuais e reprodutivas dificultando o controle do seu corpo visto que os comportamentos na maioria das vezes são decorrentes de uma cultura patriarcal e sexista.

A pesquisa identifica que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas estudada apresentam algum grau de transferência intergeracional entre mães e filhas no que se refere a menarca e ao número de partos, sendo que a magnitude dessa transmissão foi maior para a idade da primeira menstruação e menor para o número de partos. Entretanto, realização de exame preventivo e mamografia, atividade sexual, participação da mulher e do parceiro em grupo de planejamento familiar, uso de método contraceptivo e gravidez pregressa foram características sexuais e reprodutivas que não apresentaram evidências de transmissão intergeracional.

Com a realização deste estudo foi possível compreender que as práticas reprodutivas das mulheres quilombolas encontram-se imbuídas por inúmeros valores, significados, assimetrias de gênero por raça/etnia e por padrões patriarcais, diversificando pelas crenças e conhecimentos vividos em época e contextos históricos diferentes.

As diferenças nos padrões sexuais e reprodutivos refletem as influências culturais, de fatores socioeconômicos, de acesso a serviços de saúde. A associação dos determinantes sociais de saúde como estado civil, menarca, escolaridade e idade interferem nas escolhas reprodutivas das mulheres implicando em riscos à saúde sexual e reprodutiva.

Ao avaliar o perfil de saúde sexual e reprodutivo quanto à condição sociodemográfica, identificando aspectos que repercutem na condição de saúde dessas mulheres quilombolas, verificamos que apresentam: baixas frequências de realização de mamografia e participação da mulher e do parceiro em grupo de planejamento familiar; altas frequências de menarca até os 13 anos, de mulheres sexualmente ativas, que já ficaram grávidas e tiveram ao menos um parto; frequência pouco superior a 50% de realização de exame preventivo e uso de método contraceptivo.

A análise possibilitou identificar que as mulheres mais velhas apresentam menor uso de método contraceptivo e maior número de partos, gravidez pregressa, atividade sexual e realização de mamografia e exame preventivo. Àquelas com maior escolaridade apresentaram maior uso de método contraceptivo e menor número de partos, gravidez pregressa, atividade sexual e realização de mamografia e exame preventivo.

Mulheres com maior renda apresentaram maior número de partos, atividade sexual e realização de exame preventivo. A realização de exame preventivo foi associada a condição de trabalhar atualmente.

Destacamos que as características sociodemográficas particulares das comunidades quilombolas influenciam no perfil de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Entretanto, salientamos que a religião parece não exercer influência sobre o perfil de saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas.

Mulheres pretas/pardas estão sujeitas a maior vulnerabilidade, sendo assim é importante e necessário identificar os vieses raciais buscando a equidade na atenção à essas mulheres de modo a permitir assistência diferenciada a essa população.

Para melhorar as condições de saúde, são necessárias mudanças profundas nos padrões econômicos e intensificar políticas públicas sociais e de saúde visto que a melhoria de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos garante bem-estar reprodutivo das mulheres e fortalece a tomada de decisão sobre sua própria saúde.

Entretanto, é evidente que a maneira pela qual as políticas públicas de saúde estão organizadas não conseguem atender demandas das mulheres negras quilombolas. Nesse sentido, as contribuições desse estudos se direcionam a elaboração de estratégias para melhoria da qualidade de vida e da saúde sexual e reprodutiva bem como o reconhecimento das singularidades e das desigualdades sociodemográficas como também pelo reconhecimento étnico-cultural de mulheres quilombolas.

Assim, os direitos sexuais e reprodutivos só serão garantidos quando as políticas públicas garantirem liberdades individuais considerando as dimensões sociais que essas mulheres quilombolas estão inseridas de modo a reconhecê-las pelas singularidades do ser mulher frente às desigualdades sociodemográficas bem como pelo reconhecimento étnico-cultural

Contudo, a comunidade quilombola está exposta a diversas formas de vulnerabilidade social, decorrente da desigualdade social, discriminação racial e características socioeconômicas, o que pode refletir diretamente sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas e na exclusão de uma população que há necessidade mais evidente de atenção à saúde da mulher devido ao distanciamento da atuação de políticas públicas.

Diante do que foi relatado, sustenta-se a tese de que as mulheres quilombolas apresentam elevada autonomia reprodutiva sendo as decisões sexuais e reprodutivas coerentes com suas culturas e suas relações de transmissão intergeracional entre mães e filhas.

REFERÊNCIAS

ADHIKARI, Ramesh; SAWANGDEE, Yothin. **Influence of women's autonomy on infant mortality in Nepal**. *Reprod Health*. 8, 7 (2011). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-7>

ADJIWANOU, Vissého; N'BOUKE, Afiwa. **Exploring the Paradox of Intimate Partner Violence and Increased Contraceptive Use in sub-Saharan Africa**. *Studies in Family Planning* 46(2), 2015.

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de; FRIAS, Paulo Germano; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; AQUINO, Estela M.L.; MENEZES, Greice; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados a não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil**. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(Supl. 2):S3019.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. **Os Quilombos e as Novas Etnias. “É necessário que nos libertemos da definição arqueológica”**. São Luís (MA), 1998.

ALMEIDA, Leandro S.; FREIRE, Teresa. (2000). **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. Braga: Psiquilíbrios.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p. *Feminismos Plurais*. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019. ISBN: 978-85-98349-74-9

ALTMAN, Douglas G. **Practical statistics for medical research**. London: Chapman and Hall; 1991.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, p. 1677-70, 2006. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

AMORIM, Itamar Gomes; GERMANI, Guiomar Inez. **Quilombos da Bahia: presença incontestável**. In: X Encontro de Geógrafos da América Latina: do labirinto da solidão ao espaço da solidariedade, 2005, São Paulo, (Anais...), FFLCH - USP, p. 796 -812, 2005.

ANDRADE, Cláudia. **Tal Mãe, tal Filha: Semelhanças geracionais e transmissão intergeracional de estratégias de conciliação família-trabalho**. *Psicologia, Educação e Cultura*, v. 16, n. 1, p. 167-189, 2012. Disponível em: http://www.academia.edu/download/32283379/Andrade_12.docx. Acesso em: 25 out. 2020.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, 2003, vol.19, suppl.2, pp.S465-S469. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>.

BAIROS, Luiza. **“Nossos Feminismos Revisitados”**. *Estudos Feministas*, Vol. 3, n.2, 1995, PP.:458-463.

BARBOSA, Patrícia Zulato; ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos.** *Psicologia & Sociedade*; v. 24, n. 3, p. 577-587, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/11.pdf>

BARBOSA, Yonna Costa; OLIVEIRA, Ana Gabriela Caldas Oliveira; RABÊLO, Poliana Pereira Costa; SILVA, Francelena de Sousa; SANTOS, Alcione Miranda dos. **Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 20]; 22: e190069. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100461&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190069>.

BARROSO, Sabrina Martins; MELO, Ana Paula; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland Guimarães. **Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas.** *REV BRAS EPIDEMIOL* 2015; 18(2): 503-514.

BAYMA-FREIRE, Hilda; ROAZZI, Antônio; ROAZZI, Maira M. **O nível de escolaridade dos pais interfere na permanência dos filhos na escola?** *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 2015, Vol.: 2, Nº.: 1, Pp. 35-40. DOI: 10.17979/reipe.2015.2.1.721

BEZERRA, Hélyda de Souza; MELO, Tulio Felipe Vieira de; BARBOSA, Joyce Viana; FEITOSA, Eva Emanuela Lopes Cavalcante; SOUSA, Layanne Cristini Martin. **Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 39, e20180014, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100457&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 nov. 2020. Epub 22-Out-2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180014>.

BEZERRA, Vanessa Moraes et al. **Health survey in Quilombola communities (descendants of Afro-Brazilian slaves who escaped from slave plantations that existed in Brazil until abolition in 1888) in Vitória da Conquista in the state of Bahia (COMQUISTA Project), Brazil: methodological aspects and descriptive analysis.** *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Mai 03];19(6):1835-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>

BHATTACHARYA, Tithi. **O que é a Teoria da Reprodução Social?** 2013. Disponível em <<http://outubrorevista.com.br/o-que-e-a-teoria-da-reproducao-social/>> Acesso em 22 dez. 2019.

BLAND JM, ALTMAN DG. **Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement.** *Lancet*, 1, 307–310, 1986.

BOGALE, Binyam; WONDAFRASH, Mekitie; TILAHUN, Tizta; GIRMA, Eshetu. **Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia.** *BMC public health*, v. 11, n. 1, p. 342, 2011. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-342>. Acesso em: 7 nov. 2020.

BORGES, Carolina de Campos; MAGALHAES, Andrea Seixas. **Laços intergeracionais no contexto contemporâneo.** *Estud. psicol.* (Natal), Natal, v. 16, n. 2, p. 171-177, Aug. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Aug. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200008>.

BORGES, Carolina de Campos; MAGALHÃES, Andrea Seixas. **Individualism, life trajectories and plans of constituting a family.** *Estud. psicol.* v.30, n.2, p:177-185, 2013.

BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; BARCINSKI, Mariana. STREY, Marlene Neves. **Os Papéis Parentais nas Famílias: Analisando Aspectos Transgeracionais e de gênero.** In.: *Pensando Famílias*, 19(2), dez. 2015, (43-56).

BRANDÃO, André Augusto; JORGE, Amanda Lacerda. **Estado e Comunidades Quilombolas no pós-1988.** In: *Sociedade em Debate*, 22 (1): 71-103, 2016.

BRAGA, Rafaela Castro; MIRANDA, Luiz Henrique de Assis; CORREIO, Janaina de Paula Costa Veríssimo. **Beyond motherhood: the configurations of desire in contemporary women.** *Pretextos*, v. 3, n. 6, p. 523-540, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15994/13638>

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O ano da saúde no Brasil. Ações e metas prioritárias.** Brasília, DF, 1997.

BRASIL. **Assistência Pré-natal, Manual Técnico.** 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002.** Brasília; 2002.

BRASIL. **Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.** Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm

BRASIL. 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negra.**

Brasília: Ministério da Saúde. 2005a. [Maria Auxiliadôra da Silva Benevides et al.]. 20 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0884-6

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de População Negra**. Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 26). Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf

BRASIL, 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Programa Brasil Quilombola. Comunidade Quilombolas Brasileiras – Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Brasília: 2018.

BRITTO DA MOTTA, Alda. **Gênero e geração: de articulação fundante a ‘mistura indigesta’**. In: FERREIRA, Sílvia Lúcia; NASCIMENTO, Enilda Rosendo (Orgs). *Imagens da Mulher na Cultura Contemporânea*. Salvador, NEIM/UFBA, 2002. p. 35 – 49.

BRITTO DA MOTTA, Alda. WELLER, Wivian. **A atualidade do conceito de gerações .na pesquisa sociológica**. In.: *Revista Sociedade e Estado – Volume 25 Número 2 Maio/Agosto 2010*.

BUSIN, Valéria Melki. (Org.). **Direitos humanos para ativistas por direitos sexuais e direitos reprodutivos**. São Paulo: CDD, 2013.

BUTLER-BARNES, Sheretta T.; MARTIN, Pamela P.; HOPE Elan C.; , COPELAND-LINDER, Nikeea; SCOTT, Marquisha Lawrence. **Religiosity and Coping: Racial Stigma and Psychological Well-Being among African American Girls.** *J Relig Health*, 57, 1980-1995, 2018.

CAMPOS, Carmen Hein de. **Incidência dos Movimentos Sociais na Saúde Reprodutiva das Mulheres.** In: *Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios* / Carmen Hein de Campos e Guacira Cesar de Oliveira. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009. 124p.

CAMPOS, Maria Tereza de Assis; DE TILIO, Rafael; CREMA, Izabella Lenza. **Socialização, Gênero e Família: Uma Revisão Integrativa da Literatura Científica.** *Pensando Famílias*, 21(1), p: 145-161, 2017.

CARDOSO, Clarissiane Serafim; Melo, Leticia oliveira de; Freitas, Daniel Antunes. **Health Conditions in Quilombola Communities.** *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(4):1037-45, abr., 2018.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero, 2011.** Disponível em: <https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/>

CARRETEIRO, Teresa Cristina; FREIRE, Leticia de Luna. **De mãe para filha: a transmissão familiar em questão.** *Psicol. clín.*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 179-191, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000100015>.

CARVALHO, Roberta Monique Amâncio; LIMA, Gustavo Ferreira da Costa. **Comunidades quilombolas, territorialidade e a legislação no Brasil: uma análise histórica.** *Revista de Ciências Sociais*, n 39, p. 329 -346, 2013.

CASAS, Lidia. **Invoking conscientious objection in reproductive health care: Evolving issues in Peru, Mexico and Chile.** *Reproductive Health Matters*, 2009, Nov,17(34), 78–87. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)34473-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)34473-0)

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes; CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza; GOMES, Cristiane Faccio; BENNEMANN, Rose Mari. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** *Revista do Serviço Público Brasília*, v. 65, n. 2, 2014.

CEMALCILAR, Zeynep; SECINTI, Ekin.; SUMER, Nebi. **Intergenerational transmission of work values: a meta-analytic review.** *Journal of Youth and Adolescence*, v. 47, n. 8, p. 1559–1579, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-018-0858-x>.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA – CFEMEA. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios.** Carmen Hein de Campos e Guacira Cesar de Oliveira. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

CERVENY, Cerneide Maria de Oliveira. **A família como modelo: desconstruindo a patologia.** In: A família como modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Psy II, 1994.

CHEON, Yuen Mi; BAYLESS, Sara Douglas; WANG, Yijie; YIP, Tiffany. **The Development of Ethnic/Racial Self-Labeling: Individual Differences in Context.** *J Youth Adolesc.* 2018 October ; 47(10): 2261–2278. doi:10.1007/s10964-018-0843-4

CHICONELA, Florencia Vicente; CHIDASSICUA, José Braz. **Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, n. 23, p. 1-9, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.41334>.

CITELI, Maria Tereza; SOUZA, Cecília de Mello e.; PORTELLA, Ana Paula. **Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres.** In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 57-77.

COLEN, Cynthia G.; LI Qi; RECZEK, Corinne; WILLIAMS, David R. **The Intergenerational Transmission of Discrimination: Children’s Experiences of Unfair Treatment and Their Mothers’ Health at Midlife.** *Journal of Health and Social Behavior*, v. 60, n. 4:474–492, 2019.

CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Silvia Lúcia. **Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme.** *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun; 13 (2): 352-58.

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. (Coord.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.* Rio de Janeiro: ABEP; 2006. p. 14-26. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/download/142/140>. Acesso em: 2 nov. 2020.

COUTINHO, Raquel zanata; GOLGHER, Andre Braz. **Modelling the proximate determinants of fertility for Brazil: the advent of competing preferences.** *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo , v. 35, n. 1, e0041, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982018000100152&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2020. Epub June 14, 2018. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0041>.

CRENSHAW, Kimberlé. **A interseccionalidade da discriminação de raça e gênero.** VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero.* Brasília: Unifem, 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** *Revistas Estudos Feministas.* Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DIUANA, Vilma; VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; LAROUZÉ, Bernard; CORREA, Marilena. **Women’s reproductive rights in the penitentiary system: tensions and challenges in the transformation of reality.** *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 24]; 21(7):2041-2050.

DOMINGUES, José Maurício. **Gerações, modernidade e subjetividade.** Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 14(1): 67-89, maio de 2002.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVEIRA, Jeane de Freitas; BARRA, Fanny Eichenberger; RODRIGUES, Quessia Paz; SANTOS, Carla Cristina Carmo dos; ARAÚJO, Edna Maria de. **Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres.** Texto contexto - enferm, v.22, n.2, p.285-292, 2013.

DORING, Anna; MAKAROYA, Elena; HERZOG, Walter; BARDI, Anat. **Parent-child value similarity in families with Young children: the predictive power of prosocial educational goals.** British Journal of Psychology, v. 108, n. 4, p. 737-756, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjop.12238>.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. **Quilombola women and Paulo Freire's research itinerary.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2020 Dec 08]; 29:e20180270. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0270>

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. **Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion.** Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>

DUPAS, Gilberto. **Atores e poderes na nova ordem global: assimetrias, instabilidades e imperativos de legitimação.** São Paulo: Ed. UNESP, 2005.

FARINHA, Ana Julia Queiroz; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. **Relations between non-maternity and female sexuality: an integrative review of the scientific literature.** Revi Psic IMED, v. 10, n. 1, p.187-205, 2018. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2316/1782>

FERNANDES, Alessandra Vieira; ALEXANDRE, Maria Edna Silva de; GALVÃO, Lilian Kelly de Souza. **Socialização em sentimentos empáticos com díades mãe-filho.** Rev Bras Inic Cient., v. 2, n. 3, 2015.

FEIXA, Carles; LECCARDI, Carmen. **O conceito de geração nas teorias sobre a juventude.** Sociedade & Estado, Brasília, Vol.25 n°2, mai – ago, 2010.

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte; DIAS, Ana Cleide da Silva; FERREIRA, Silvia Lúcia; MARQUES, Gabriela Cardoso Moreira; PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus. **Cultural and reliable adaptation of the Reproductive Autonomy Scale for women in Brazil.** Acta Paul Enferm [Internet] 2019 [cited 2020 Out]; 32(3).

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte; FERREIRA, Silvia Lúcia; FERREIRA, Cláudia Suely Barreto Ferreira; SANTOS, Eliene Almeida. **Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors.** Rev Bras Enferm. 2020 Sep 21;73(suppl 4):e20190786. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0786. PMID: 32965428.

FERNANDES, Saulo Luders; GALINDO, Dolores Cristina Gomes; VALENCIA, Liliana Parra. **IDENTIDADE QUILOMBOLA: ATUAÇÕES NO COTIDIANO DE MULHERES QUILOMBOLAS NO AGRESTE DE ALAGOAS**. *Psicologia em Estudo*, v. 25, 23 jun. 2020.

FERREIRA, Haroldo da Silva; LUNA, Andreza A.; FLORÊNCIO, Telma Maria M. T.; ASSUNÇÃO, Monica L.; HORTA, Bernardo L. **Short Stature Is Associated With Overweight but Not With High Energy Intake in Low-Income Quilombola Women**. *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 38(2) 216-225, 2017.

FERREIRA, Hellen Lívia Oliveira Catunda; BARBOSA, Denise de Fátima Fernandes; ARAGÃO, Vivianne Melo; OLIVEIRA, Tyane Mayara Ferreira de; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa; AQUINO, Priscila de Souza; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo**. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Set 13]; 72(4):1044-1051. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de. **Planejamento familiar: gênero e significados**. *Textos & Contextos*, v. 13, n. 2, p. 387-397, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321532943015.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

FIRESTONE, Shulamith. **A Dialética do Sexo**. Rio de Janeiro: Ed. Labor do Brasil, 1976.

FONSECA, Bianca Reis; CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; MENDES, Deise Maria Leal Fernandes. **Metas de socialização da emoção: um estudo de mães residentes no meio rural**. *Psico*. Porto Alegre, 2017; 48(3), 174-185.

FONSECA, Rhaysa Sampaio Ruas da. Contribuições contemporâneas da Teoria da Reprodução Social: totalidade social e o debate sobre as opressões. In: Colóquio Internacional Marx e o Marxismo 2019 Marxismo sem tabus? enfrentando opressões, 2019, Niterói. Anais do Colóquio Internacional Marx e o Marxismo 2019 Marxismo sem tabus? enfrentando opressões, 2019.

FRAGA, Fabiana Albino; SANINO, Giani Elis de Carvalho. **Saúde da Mulher Negra Passos e Descompassos: Ações Afirmativas na Saúde, Provável Luz no Fim do Túnel**. *Revista da ABPN*, v. 7, n. 15, p. 192-211, 2014.

FRANZE, Ana Maria Alves Kubernovicz; BENEDET, Deisi Cristine Forlin; WALL, Marilene Loewen; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. **Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa**. *REFACS*, v. 7, n. 3, p. 366-377, 2019.

FREITAS, Igor Almeida; RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; SILVA, Ingrid Fabiane Santos da; NOGUEIRA, Laura Maria Vidal. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira**. *Rev Cuid*. 2018; 9(2): 2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>

FROST, Jennifer J; DARROCH, Jaqueline E. **Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004.** Perspectives in Sexual and Reproductive Health. 40(2): 94-104. 2008. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/full/4009408.pdf>>.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades remanescentes de quilombos.** Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

FURTADO, Marcella Brasil; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; ALVES, Cândida Beatriz. **Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural.** Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 26, n. 1, p. 106-115, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100012>.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades.** Saúde Debate. 2013;37(99):571–9. doi: 10.1590/S0103-11042013000400004

GOES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional.** 105f. Tese (Doutorado Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOMES, Jerusa Vieira. **Família e socialização.** Psicologia USP, v. 3, n. 1-2, p. 93-105, 1992. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/psicousp/article/view/34462>. Acesso em: 12 jul. 2020.

GOMES, Rita de Cássia Maciazeki; NOGUEIRA, Conceição; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. **Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade.** Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 28, n. 1, p. 115-124, abr. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000100115&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p115>.

GOMEZ, Anu Manchikanti; FUENTES, Liza; ALLINA, Amy. **Women or LARC first? Reproductive autonomy and the promotion of long-acting reversible contraceptive methods.** Perspect Sex Reprod Health. 2014 Sep;46(3):171-75. doi: 10.1363/46e1614.Epub 2014 May 23.

GÓMEZ-CAMARGO, Doris E.; OCHOA-DIAZ, Margarita M.; CANCHILA-BARRIOS, Carlos A.; RAMOS-CLASON, Enrique C.; SALGUEDO-MADRID, Germán I.; MALAMBO-GARCÍA, Dacia I. **Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia [Sexual and reproductive health in university students at an institution of higher learning in Colombia].** Rev Salud Publica (Bogota). 2014 Sep-Oct;16(5):660-72. Spanish. PMID: 26120752.

GONSALVES, Jonas Rodrigues; COSTA, Rayne da Conceição. **O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da**

mulher. Revista JRG de Estudos Acadêmicos – Ano II (2019), volume II, n. 4 (jan-jun) – ISSN: 25951661 119.

GONZALEZ, Lélia. **Lélia Gonzalez: primavera para as rosas negras.** São Paulo: UCPA Editora, 2018.

GROSSI, Patrícia Krieger; OLIVEIRA, Simone Barros; OLIVEIRA, Jairo da Luz. **Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração.** Políticas Públicas. 2018.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. **Situação Nutricional de Populações Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil.2010.** 150f. Tese – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: s.n., 2010.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Como trabalhar com "raça" em sociologia.** In: Educação e Pesquisa, São Paulo, v.29, n.1, p. 93-107, jan./jun. 2003.

GUPTA, Mira L.; ABORIGO, Raymond Akawire; ADONGO, Philip Baba; ROMINSKI, Sarah; HODGSON, Abraham; ENGMANN, Cyril M.; MOYER, Cheryl A. **Grandmothers as gatekeepers? The role of grandmothers in influencing health-seeking for mothers and newborns in rural northern Ghana.** Global Public Health, 2015 Vol. 10, No. 9, 1078–1091. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.1002413>

HALGUNSETH, Linda C.; JENSEN, Alexander C.; SAKUMA, Kari-Lyn; MCHALE, Susan M. **The Role of Mothers' and Fathers' Religiosity in African American Adolescents' Religious Beliefs and Practices.** Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2016 July ; 22(3): 386–394. doi:10.1037/cdp0000071

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil.** In: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.131p.

HOLLIDAY, Charvonne N.; MCCAULEY, Heather L, SILVERMAN, Jay G.; RICCI, Edmund; DECKER, Michele R.; TANCREDI, Daniel J.; BURKE, Jessica G.; DOCUMÉT, Patricia; BORRERO, Sonya; MILLER, Elizabeth. **Racial/Ethnic Differences in Women's Experiences of Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy.** Journal of Women's Health (Larchmt). 2017 Aug;26(8):828-835. doi: 10.1089/jwh.2016.5996. Epub 2017 Apr 12. PMID: 28402692; PMCID: PMC5576208.

HOLLIDAY, Charvonne N.; MILLER, Elizabeth; DECKER, Michele R.; BURKE, Jessica G.; DOCUMÉT, Patricia I.; BORRERO, Sonya B.; SILVERMAN, Jay G.; TANCREDI, Daniel J.; RICCI, Edmund; MCCAULEY, Heather L. **Racial Differences in Pregnancy Intention, Reproductive Coercion, and Partner Violence among Family Planning Clients: A Qualitative Exploration Women's.** Health Issues 28-3 (2018) 205–211.

IBGE. **Censos Demográficos do Brasil – Bahia.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JÚNIOR, Florêncio Mariano da Costa; COUTO, Marcia Thereza. **Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1299-1315, 2015.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução de Jess Oliveira. 1. ed. - Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019. ISBN: 978-85-5591-080-7.

KONDER, Carlos Nelson; KONDER, Cíntia Muniz de Souza. **Autonomia reprodutiva e novas tecnologias no ordenamento brasileiro: violações e ameaças ao direito a gerar e a não gerar filhos**. Rev. Fac. Direito UFMG, Belo Horizonte, n. 69, pp. 113 - 131, jul./dez. 2016

KOST, Kathyn; SINGH, Susheela; VAUGHAN, Barbara; TRUSSELL, James; BANKOLE, Akinrinola. **Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth**. Contraception. 77(1): 10-21. 2008. . Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811396/>> .

LAHIRE, Bernard. **Individual constructions: institution, modalities, time and socialisation effects**. Educ. Pesqui., v. 41, p. 1393-1404, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v41nspe/1517-9702-ep-41-spe-1393.pdf>

LEITE, Ilka Boaventura. **O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais**. Rev.Estud. Fem. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300015>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais e sociodemográficas na assistência ao pré-natal e ao parto, 1991-2001**. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LITTLE, Paul E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade**. Série antropologia, n. 322. Brasília: Dan/UNB, 2003. Anuário Antropológico, ISSN 2357-738X, ISSN-e 0102-4302, Vol. 28, Nº. 1, 2003, págs. 251-290

LOLL, Dana; FLEMING, Paul J.; MANU, Abubakar; MORHE, Emmanuel; STEPHENSON, Rob; KING, Elizabeth J; HALL, Kelli Stidham. **Reproductive autonomy and pregnancy decision-making among young Ghanaian women**. Global Public Health, 2019.

LOLL, Dana; FLEMING, Paul J.; STEPHENSON, Rob; KING, Elizabeth J; MORHE, Emmanuel; MANU, Abubakar; HALL, Kelli Stidham. **Factors associated with reproductive autonomy in Ghana**. Cult Health Sex. 2020 Apr 17:1-18. doi: 10.1080/13691058.2019.1710567. Epub ahead of print. PMID: 32301400.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005.

MANANDHAR, Mary; HAWKES, Sarah; BUSE, Kent; NOSRATI, Elias; MAGAR, Verônica. **Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development**. Bull World Health Organ [Internet]. 2018 [acesso 2020 Ago 15]; 96:644-653. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.211607>

MARIN, Angela Helena; MARTINS, Gabriela Dal Forno; FREITAS, Ana Paula Corrêa de Oliveira; SILVA, Isabela Machado; LOPES, Rita de Cássia Sobreira; PICCININI, Cesar Augusto. **Transmissão intergeracional de práticas educativas parentais: evidências empíricas**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 29, n. 2, p. 123-132, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000200001&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000200001>.

MARQUES, Amaro Sérgio; FREITAS, Daniel Antunes; LEÃO, Cláudia Danyella Alves; OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; CALDEIRA, Antônio Prates. **Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola**. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2014; Fev [citado 2014 Ago 01]; 19(2): 365-371.

MARTINS, Luís Felipe Leite; VALENTE, Joaquim Gonçalves; THULER, Luiz Claudio Santos. **Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: estudo transversal de base populacional em duas capitais brasileiras**. Rev Bras Cancerol 2006; 52(2):197.

MASHO, Saba W.; ROZARIO, Sylvia; WALKER, D'Won; CHA, Susan. **Racial Differences and the Role of Marital Status in the Association Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy**. Journal of Interpersonal Violence, 1 – 24, 2016.

MATOS, Daniel Abud Seabra. **Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional**. Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez. 2014.

MAYORGA, Cláudia; COURA, Alba; MIRALLES, Nerea; CUNHA, Viviane Martins. **As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual**. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 463-484, nov. 2013. ISSN 0104-026X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000200003>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

MELO, Celia Regina Maganha e; BORGES, Ana Luiza Vilela; DUARTE, Luciane Simões; NASCIMENTO, Natália de Castro. **Uso de anticoncepcionais e intenção de engravidar em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 28, e3328, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100381&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de novembro de 2020. Epub 12 de agosto de 2020.

MELO, Hildete Pereira de; SABBATO, Alberto Di. **Divisão sexual do trabalho e pobreza**. In: Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos. – Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. 304 p.

MESSEDER, Marcos Luciano Lopes; MARTINS, Marcos Antonio Matos. **Arraias de Rios de Contas: uma comunidade de cor. Cadernos CRH. Série Contos e Toques Etnografias do Espaço Negro na Bahia.** Suplemento. Salvador: Editora Fator, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. **Qualitativo-Quantitativo. Oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, (1993). 9 (3), 239-262. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf> [Acesso em: 25 de jul. de 2020].

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da Senzala: quilombos, insurreições, guerrilhas.** 3. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

MONTEIRO, Simone. **Desigualdades em Saúde, Raça e Etnicidade: questões e desafios.** In: Monteiro S, Sansone O, organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2004. p. 344.

MOORE, Henrietta. **Compreendendo sexo e gênero.** Do original em inglês: “Understanding sex and gender”, in Tim Ingold (ed.), Companion Encyclopedia of Anthropology. Londres, Routledge, 1997, p. 813-830. Tradução de Júlio Assis Simões (exclusivamente para uso didático).

MULLER, Deise Karine; DIA-DA-COSTA, Juvenal Soares, LUZ, Ana Maria Hecker; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. **Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad Saúde Pública 2008; 24(11):2511-2520.

MUTOMBO, Namuunda; BAKIBINGA, Pauline. **The effect of joint contraceptive decisions on the use of Injectables, Long-Acting and Permanent Methods (ILAPMs) among married female (15–49) contraceptive users in Zambia: a cross-sectional study.** Reprod Health 11, 51 (2014). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-51>

NGUYEN. Nghia; LONDEREE, Jessica; NGUYEN; Linh H.; TRAN, Dung H.; GALLO, Maria F. **Reproductive autonomy and contraceptive use among women in Hanoi, Vietnam.** Contracept X. 2019;1:100011. doi: 10.1016/j.conx.2019.100011. PMID: 32494775; PMCID: PMC7252425.

NOGUEIRA, Conceição. **A teoria da interseccionalidade nos estudos de gênero e sexualidades: condições de produção de “novas possibilidades” no projeto de uma psicologia feminista crítica.** In: NOGUEIRA, Conceição. Práticas sociais, Políticas públicas e Direitos Humanos. Portugal, 2013, pp. 227 -248.

NTOIMO, Lorretta Favour C.; OKONOFUA, Friday E.; IGBOIN, Brian; EKWO, Chioma; IMONGAN, Wilson; YAYA, Sanni. **Why rural women do not use primary health centres for pregnancy care: evidence from a qualitative study in Nigeria.** BMC Pregnancy Childbirth 19, 277 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2433-1>

ODURO, Georgina Yaa; OTSIN, Mercy Nana Akua. **‘Abortion – It is my own body’: Women’s narratives about influences on their abortion decisions in Ghana.** Health Care for Women International, v. 35, n. 7-9, p. 918–936, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262016795_Abortion-

It_Is_My_Own_Body_Women's_Narratives_About_Influences_on_Their_Abortion_Decisions_in_Ghana. Acesso em: 01 nov. 2019.

OHL, Isabella Cristina Barduchi; OHL, Rosali Isabel Barduchi; CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro; GOLDMAN, Rosely Erlach. **Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 69, n. 4, p. 793-803, Aug. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.

OLIVEIRA, Daniela do Carmo; MANDU, Edir Nei Teixeira. **Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93101, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100093&lng=en&nrm=iso>. access on 03 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/14148145.2015001>

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **Direitos humanos e sexualidade – os desafios para o desocultamento da sexualidade.** In: Autonomia econômica e empoderamento da mulher: textos acadêmicos. – Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. 304 p. Disponível em: <<http://funag.gov.br/loja/download/840->

OLIVEIRA FREITAS-JUNIOR, Reginaldo Antônio de; DAMASIO SANTOS, Carolina Araujo; LISBOA, Lílian Lira; OLIVEIRA FREITAS, Ana Karla Monteiro Santana de; AZEVEDO, George Dantas. **An innovative educational strategy to addressing cultural competence in healthcare for quilombola women.** Educ Health [serial online] 2019 [cited 2020 Oct 28];32:146-9. Available from: <https://www.educationforhealth.net/text.asp?2019/32/3/146/282876>

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARAES, Mark Drew Crosland; FRANCA, Elisabeth Barboza. **Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4535-4544, Nov. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104535&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.15642013>.

OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista. **Mulher e violência em Maceió: um pensar sobre sua história.** 2006. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

OLIVEIRA, Stéphanie ketlin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; FREITAS, Daniel Antunes; CALDEIRA, Antônio Prates. **Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais.** Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (3): 307-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000300307. Acesso em: 28.09.2018

OLIVEIRA, Stéphanie Ketllin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; GUIMARAES, André Luiz Sena; CALDEIRA, Antônio Prates. **Self-perceived health among ‘quilombolas’ in northern Minas Gerais, Brazil.** Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(9): 2879-90.

OLSEN, Julia Maria; LAGO, Tania Di Giacomo; KALCKMANN, Suzana; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto, ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro. **Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 03]; 34(2): e00019617. 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019617>

OSAMOR, Pauline E.; GRADY, Christini. **Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature.** Int J Womens Health. 2016;8:191-202. Published 2016 Jun 7. doi:10.2147/IJWH.S105483. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908934/>. Acesso em: 27 out. 2020.

OSAMOR, Pauline; GRADY, Christini. **Factors associated with women's health care decision-making autonomy: empirical evidence from Nigeria.** J Biosoc Sci. 2018 Jan;50(1):70-85. doi: 10.1017/S0021932017000037. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28183370; PMCID: PMC6010313.

OSHIN, Linda A.; MILAN, Stephanie. **My strong, Black daughter: Racial/ethnic differences in the attributes mothers value for their daughters.** Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, (2019). 25(2), 179–187. <https://doi.org/10.1037/cdp0000206>
OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.

OSUAFOR, Godswill N.; MAPUTLE, Sonto M.; AYIGA, Natal. **Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng, South Africa.** Afr J Prm Health Care Med., v. 10, n. 1, p. a1431, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1431>. Acesso em: 1 nov. 2020.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de; VILLAR, Alana Stephanie Esteves; SOUZA, Maria das Dores de; LEMOS, Adriana. **Educação em Saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva.** Escola Anna Nery, v. 19, n. 4, p. 685-691, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400685&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 23 set 2020.

PRATES, Lisie Alende; SCARTON, Juliane; NUNES, Camila Barreto; CREMONESE, Luiza; POSSATI, Andrêssa Batista; RESSEL, Lúcia Beatriz. **O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola: nota prévia.** Rev enferm UFPE, v.8 n.7, p.2194-8, 2014.8, 2014.

PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus; FERREIRA, Silvia Lúcia. **Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico- puerperal.** Feminismos. 2016;4(3):47-61.

Pesquisa Nacional de Saúde – PNS. **Delineamento da PNS** [Internet]. 2013 [cited Aug 20] Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=delineamento>

PISCITELLI, Adriana. **Recriando a (categoria) mulher?** In: ALGRANTI, L. (Org.). A prática feminista e o conceito de gênero. Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002, p. 7-42.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. THORELL, Ana. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

PRATES, Lisie Alende; CREMONESE, Luiza; WILHELM, Laís Antunes; OLIVEIRA, Gabriela; TIMM, Marcella Simões, CASTIGLIONI, Críslen Malavolta; RESSEL, Lúcia Beatriz. **Ser mulher quilombola: revelando sentimentos e identidades**. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em];22:e-1098. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180028>

PURDY, L. **Women’s reproductive autonomy: medicalisation and beyond**. J Med Ethics, v. 2, n. 5, p. 287-291, 2006. Disponível em: <https://jme.bmj.com/content/32/5/287.short>. Acesso em: 15 set. 2020.

RABINOVICH, Elaine Pedreira; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. **Famílias e projetos sociais: analisando essa relação no caso de um quilombo em São Paulo**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 1, p. 3-11, 2007.

RISCADO, Jorge Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. **Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, supl.2, p.96-108, 2010.

RIZVI, Narjis.; KHAN, Kausar S.; SHAIKH, Babar T. **Gender: shaping personality, lives and health of women in Pakistan**. BMC Womens Health. 2014 Apr 1. doi: 10.1186/1472-6874-14-53. PMID: 24690271. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/53>

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu; ROCHA, Rosânia de Oliveira; SILVA, Maílla dos Santos. **Planejamento familiar: percepções de mulheres heterossexuais sobre o papel do casal**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 8, n. 2, 2014.

RODRIGUES, Vera. **Programa Brasil quilombola: um ensaio sobre a política pública de promoção da igualdade racial para comunidades de quilombos**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 15, n. 57, p. 263-272, 2010.

SAFFIOTI, Heleieth. **“Rearticulando Gênero e Classe.”** In: COSTA, A.; BRUSCHINI, C. (orgs.). Uma Questão de Gênero, RJ: Rosa dos Tempos; SP: Fund. Carlos Chagas, 1992, p.183-215.

SAMPAIO, Adriana Cardoso; PACHECO, Ana Cláudia Lemos. **Mulheres griôs quilombolas: um estudo inicial sobre identidade de gênero e identidade étnica**. Pontos de Interrogação, v. 5, n. 2, 2015

SANTANA, Katuscy Carneiro; TELES, Nair; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA)**. In: OLIVEIRA, Maria Helena Barros de, et al (Orgs). Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. CEBES: Rio de Janeiro, 2017, p. 53-68.

SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; FERREIRA, Cristiano Cavalcante; SILVA, Maria Lisiane da. **Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa.** Revista de APS, v. 18, n. 3, p. 368-377, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15619>. Acesso em: 25 out. 2020.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **To be black and woman: dual vulnerability to STD/HIV/AIDS.** Saude Soc. [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 03];25(3):602-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162627>

SEBASTIÃO, Paulo. **Direitos Sexuais e Reprodutivos em 5 Factos.** In: TUBA. Entendendo direitos sexuais e reprodutivos. Ondjango Feminista. Ed. 1, dez. 2017.

SILVA, Fabiane Ferreira da; RIBEIRO, Paula Regina Costa. **O governo dos corpos femininos entre as catadoras de lixo: (re)pensando algumas implicações da Educação em Saúde.** Revista Estudos Feministas, v. 16, n. 2, p. 557-580, 2008. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/24327750>. Acesso em: 1 set. 2020.

SCOTT, Joan W. “**Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica.**” Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, jul-dez.,1990, p. 5-22.

SCOTT, Parry; NASCIMENTO, Fernanda Sardelich; CORDEIRO, Rosineide; NANES, Giselle. **Redes de enfrentamento da violência contra mulheres no Sertão de Pernambuco.** Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 851-870, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000300851&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2016v24n3p851>.

SEATON, Eleanor K.; IIDA, Masumi. **Racial Discrimination and Racial Identity: Daily Moderation Among Black Youth.** American Psychologist. Vol. 74, No. 1, 117–127. 2019. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000367>

SEPPPIR. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas.** p. 72. 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em mar. 2018.

SERAPIONI, Mauro. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.187- 192, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf> Acesso em: 25 de jul. de 2020.

SILVA, Crísthenes Fabiane de Araújo; JÚNIOR, Cláudio Gomes da Silva. **Elas em foco: a produção sobre a mulher e questões de gênero. Alagoas, 2014.** 18º redor NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. UFRP perspectivas Feministas de gênero: desafios no campo da militância e das práticas. 2014.

SILVA, Maria Aparecida da; FREITAS, Hilda Guimarães de; RIBEIRO, Regiane Luz; OLIVEIRA, Maiene Nádia Lopes; SANCHES, Fabiana Cavalcante de Araújo; THULER, Luiz Claudio Santos. **Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 1, p. 99-

106, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/124> . Acesso em: 10 set. 2020.

SILVA, Raimunda Magalhães da; ARAUJO, Kelly Nóbrega Cavalcante de; BASTOS, Lya Araújo Costa; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. **Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2415-2424, May 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500010&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>.

SILVA, Roseane Amorim da. **DESIGUALDADES E RESISTÊNCIAS DOS/AS JOVENS QUILOMBOLAS E DA PERIFERIA URBANA DE GARANHUNS/PE, Pernambuco – Brasil. 2019**. 248f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2019.

SILVA, Roseane Amorim da; MENEZES, Jaileila de Araújo. **Relações étnico-raciais e educação nas comunidades quilombolas**. Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei , v. 13, n. 3, p. 1-17, set. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 nov. 2020.

SIQUEIRA, Maria de Lourdes. **Os Quilombos e a Educação**. In: Valores afrobrasileiros na educação. Ministério da Educação, Brasília: TV Escola, Boletim 22, 2005.

SORTE, Elionara Teixeira Boa; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; FERREIRA, Silvia Lúcia. **Conhecimento de Mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 30. n. 1, p. 325–334, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.13594>.

SOUZA, Cinoélia Leal de. **Saúde sexual e reprodutiva da mulher quilombola: desafios e perspectivas**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X

SOUZA, Patrícia Borba; ARAÚJO, Klariene Adrielly. **A mulher quilombola: da invisibilidade à necessidade por novas perspectivas sociais e econômicas**. (p. 163-182). In: ESTEVES, Juliana Teixeira; BARBOSA, José Luciano Albino & FALCÃO, Pablo Ricardo de Lima. Direitos, gênero e movimentos sociais II. Florianópolis: CONPEDI, 2014.

SOUZAS, Raquel. **Liberdade, violência, racismo e discriminação: narrativas de mulheres negras e quilombolas da mesorregião centro-sul da Bahia /Brasil**. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), [S.l.], v. 7, n. 16, p. 89-102, jun. 2015. ISSN 2177-2770. Disponível em: <<http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/99>>.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade**. Saúde soc. São Paulo, v.16, n.2, p. 125-32, Ago.2007.

SOUZAS, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. **Mulheres negras e brancas e a maternidade: questões de gênero e raça no campo da saúde.** Odeere [Internet]. 2017 [acesso 2020 Ago 04]; 3(3). Disponível em: <https://doi.org/10.22481/odeere.v3i3.1581>

SUTIL, Bruno do Nascimento. **A (Não) Influência do fator transgeracional na escolha de produtos para bebês.** Revista Brasileira de Marketing, v. 15, n. 4, p. 459-473, 2016.

TADELE, Afework; TEFAY, Amanuel; KEBEDE, Alemi. **Factors influencing decision-making power regarding reproductive health and rights among married women in Mettu rural district, south-west, Ethiopia.** Reprod Health 16, 155 (2019).
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0813-7>

TAQUETTE, Stella R, MEIRELLES, Zilah Vieira. **Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras.** Physis, v.23, n.1, p.129-142, 2013.

TEJADA, Cesar Augusto Oviedo; TRIACA, Livia Madeira; COSTA, Flávia katrein da; HELLWIG, Franciele. **The sociodemographic, behavioral, reproductive, and health factors associated with fertility in Brazil.** PLOS ONE [Internet]. 2017 [cited Set 10];12(2):e0171888. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171888>.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 12]; 23(11):3505-3516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>

TIECKER, Ana Paula; BERLEZI, Evelise Moraes; GEWEHR, Daiana Meggiolaro; BANDEIRA, Vanessa Adelina Casali. **Conhecimento e práticas Preventivas Relacionadas às doenças oncológicas de mulheres climatéricas,** RIES - Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 7, n. 1, p. 165-175, 2018.

TOMIZAKI, Kimi. **Transmitir e herdar: o estudo dos fenômenos educativos em uma perspectiva.** Educ. Soc., Campinas, v. 31, n. 111, p. 327-346, abr.-jun. 2010a. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>

TOMIZAKI, Kimi. **Apresentação - De uma geração a outra: a dimensão educativa dos processos de transmissão intergeracional.** Educação & Sociedade, v. 31, n. 111, p. 321-326, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302010000200002&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 28 set. 2020.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In. GIOVANELLA, Lígia et.al (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. E amp. -Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. P. 183-206.

TREVISAN, Maria do Rosário; DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Natacha Machado de; ESBER, Khaddour. **Perfil da assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul.** Rev. Bras. Ginec. Obst. 2002. Junho; 24(5): 293-99.

UPADHYAY, Ushma D.; DWORKIN, Shari L.; WEITZ, Tracy A.; FOSTER, Diana Greene. **Development and Validation of a Reproductive Autonomy Scale.** *Stud Fam Plann.* 45(1): 19-41. 2014. Disponível em: <<http://www://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x/full>>.

UPADHYAY, Ushma D.; DANZA, Phoebe Y.; NEILANDS, Torsten B.; GIPSON, Jessica D.; BRINDIS, Claire D.; HINDIN, Michelle J.; FOSTER, Diana G.; DWORKIN, Shari L. **Development and Validation of the Sexual and Reproductive Empowerment Scale for Adolescents and Young Adults.** *J Adolesc Health.* 2020 Jul 17:S1054-139X(20)30282-2. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.05.031. Epub ahead of print. PMID: 32690468.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil.** 2.ed. Imprensa: Brasília, UNFPA, 2004. 196 p.

VERAS, Rosangela Sousa. **Aprendizagens e desaprendizagens sobre direitos sexuais e reprodutivos perante as experiências de saúde das mulheres negras rurais maranhenses.** *Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Ago 15]; 5. Disponível em: <https://doi.org/10.23899/relacult.v5i5.1594>

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. **Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção.** *Saúde em Debate*, v. 37, n. 99, p. 610-61

WANG, Yijie; BENNER, Aprile D. **Cultural Socialization across Contexts: Family-Peer Congruence and Adolescent Well-being.** *J Youth Adolesc.* 2016; 45(3): 594–611.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra.** *Saude soc.*, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

WOLDEMICHAEL , Gebremariam; TENKORANG, Eric Y. **Women's autonomy and maternal health-seeking behavior in Ethiopia.** *Matern Child Health J.* 2010 Nov;14(6):988-98. doi: 10.1007/s10995-009-0535-5. PMID: 19882240.

WOODS-GISCOMBÉ, Cheryl L. **Superwoman schema: African American women's views on stress, strength, and health.** *Qualitative Health Research.* 2010 May; 20(5):668–683. doi:10.1177/1049732310361892

World Health Organization (WHO). **Reproductive Health. WHO; 2013.** [Internet]. [citado 2016 Ago 29] Disponível em: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

WU, Justine; MELDRUM, Sean; DOZIER, Ann; STANWOOD, Nancy; FISCELLA, Kevin. **Contraceptive nonuse among US Women at risk for unplanned pregnancy.** *Contraception.* 78(4): 284-289. 2008. Disponível em: <<http://experts.umich.edu/en/publications/contraceptive-nonuse-among-us-women-at-risk-for-unplanned-pregnan>>.

XAVIER, Anna Karina; ROSATO, Cassia Maria. **Mulheres e Direitos: saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU**. Revista Ártemis [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 22]; 15(21): 116-130. Disponível em: <https://doi.org/10.15668/1807-8214/artemis.v21n1p116-130>

YALEW, Saleamlak Adbaru; ZELEKE, Berihun Megabiaw; TEFERRA, Alemayehu Shimeka. **Demand for long acting contraceptive methods and associated factors among Family planning service users, Northwest Ethiopia: a health facility based cross sectional study**. BMC Research Notes, v. 8, n. 29, 2015.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Cláudio. **Research methodology topics: Cross-sectional studies**. Journal of Human Growth and Development. 2018; 28(3):356-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Convidamos a participar da pesquisa intitulada “**Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas**” que tem como objetivos: Investigar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes da transmissão intergeracional entre mães e filhas; Analisar a autonomia reprodutiva e as práticas reprodutivas de mulheres quilombolas em diferentes gerações; Correlacionar autonomia reprodutiva com perfil sociodemográfico em mulheres quilombolas; Apreender os modos de produção e reprodução dos saberes relacionados à prática reprodutiva em mulheres quilombolas.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Gabriela Cardoso Moreira Marques, professora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/DEDC XII), doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com orientação da Prof.^a Dr.^a Sílvia Lúcia Ferreira.

Você poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento, sem qualquer prejuízo. A sua participação na pesquisa somente será realizada mediante a sua prévia autorização e assinatura desse termo.

Sua colaboração é necessária, importante e voluntária, isto é, você decide se participa ou não do estudo e tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com as pesquisadoras.

Sua colaboração na pesquisa será de forma individual, por meio de resposta a dois instrumentos, o primeiro, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que tem como objetivo identificar as características sociodemográficas e econômicas, planejamento familiar, contracepção, a história reprodutiva das mulheres e saúde e o segundo, a Escala de Autonomia Reprodutiva no intuito de avaliar a capacidade das mulheres em alcançar suas intenções reprodutivas, bem como participação em entrevista por meio de perguntas também relacionadas ao tema da pesquisa. Caso haja permissão, suas falas serão gravadas e, posteriormente, transcritas.

Os benefícios da sua participação nesta pesquisa poderão ser diretos, pois, a pesquisa adotará metodologia problematizadora, com incentivo a troca de conhecimento. E indiretos,

pois esse estudo poderá inspirar novas práticas de cuidado e pesquisas relacionadas à temática pesquisada. A sua participação na pesquisa trará benefícios capazes de contribuir, acadêmica e socialmente, para o desenvolvimento de novos conhecimentos teóricos acerca das especificidades em torno do tema autonomia reprodutiva e sua relação com mulheres quilombolas.

Segundo a resolução 466/12 toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes a estes podem ser cansaço, desconforto e/ou constrangimento. O risco oferecido por esta pesquisa é baixo e atrelado a algum desconforto que você pode sentir ao compartilhar sua vivência/experiência e relatar informações durante os encontros e/ou entrevista. Por esta razão a senhora poderá a qualquer momento se recusar a responder qualquer pergunta. Caso sinta desconforto em falar, a entrevista poderá ser interrompida ou cancelada podendo retomar ou não conforme sua disposição sempre tendo garantido a confidencialidade dos dados.

Ainda devido à coleta de informações você poderá relembrar algumas situações vivenciada que pode trazer tristeza e/ou sentimento semelhante, assim se houver um agravamento de tal situação, a ponto de trazer um sofrimento físico e existencial, que comprometa a realização de atividades básicas diárias, associado ou decorrente da pesquisa, as pesquisadoras a encaminhará ao atendimento com o profissional da Unidade Básica de Saúde a qual é referência, onde se dará os demais encaminhamentos necessários. Além disso, poderá receber assistência gratuita e integral uma vez que participo do Centro de Pesquisa do GEM (Grupo de Estudos Sobre Saúde da Mulher) que conta com pesquisadoras de várias áreas do conhecimento que podem sanar o problema.

Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Para garantirmos a entrevistada um clima de acolhimento e privacidade e que possa ficar mais à vontade para falar de temas tão intensos e particulares, os instrumentos serão lançados de forma individual no local de escolha das entrevistadas reservado apenas para a pesquisadora e respondente.

Concordando em participar você poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações, que serão transcritas. O registro dos dados da pesquisa e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados. Garantimos que os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago, mas se tiver algum gasto decorrente da sua participação, será ressarcida, caso solicite. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, bem como as participantes não receberão benefícios financeiros para a sua participação

Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados a comunidade em geral e, em eventos científicos, entretanto, asseguramos que sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento da sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa. Utilizaremos apenas codinomes no seu depoimento.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável: **Gabriela Cardoso Moreira Marques**, pelo telefone (77) 98813-8333, ou pelo e-mail gmarques.vc@gmail.com, com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal da Bahia – CEP/UFBA, Rua Augusto Viana S/N 4º andar, sala 432-437, Bairro Canela, Salvador, Bahia, CEP: 40.110-060. E-mail: cepee.ufba@ufba.br. Tel.: (71)3283-7615 e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Comissão Nacional de Ética em

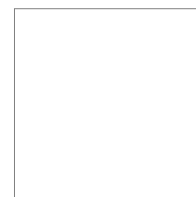
Pesquisa (CONEP) – está localizada no seguinte endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Edifício Anexo, Ala “B” - 1º andar - Sala 103B. CEP - 70058-900 - Brasília, DF. Telefone: (61) 3315-5878. Telefax: (61) 3315-5879. Diante do exposto, pedimos a sua permissão para participar desta pesquisa. Caso esteja bem-informada e aceite participar, favor autorize sua participação através da assinatura ou de impressão digital. Esse documento tem 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa intitulada “**Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas**”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a pesquisadora **Gabriela Cardoso Moreira Marques**, sobre a minha participação voluntária no estudo. Não tenho dúvida de que não receberei benefícios financeiros. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Nome da Participante da Pesquisa

Assinatura da Participante da Pesquisa



Impressão Digital

_____, ____/____/____

Gabriela Cardoso Moreira Marques
Pesquisadora Responsável

ANEXO A – Termo de anuência do campo de pesquisa



**Conselho das Associações
Quilombolas do Território
do Sudoeste Baiano -
CAQSUB**



TERMO DE ANUÊNCIA

O Conselho das Associações Quilombolas do Território do Sudoeste Baiano, CNPJ 12.522.746/0001-44, está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas”, que tem como pesquisadora responsável Gabriela Cardoso Moreira Marques, doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientado pela docente Dra. Sílvia Lúcia Ferreira, e assume o compromisso de autorizar e apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nas comunidades quilombolas Boqueirão, Corta Lote, Baixa Seca, Lagoa de Melquiades, Quatis dos Fernandes, Lagoa dos Patos, São Joaquim de Paulo, Furadinho, Alto da Cabeceira, Lagoa Maria Clemência, Batalha, Lagoa do Arroz, Ribeirão do Panelheiro, Lagoa de Vitorino, Cachoeira do Rio Pardo, Sinzoca, Laranjeiras, Barreiro do Rio Pardo, São Joaquim do Sertão, Barrocas, Cachoeira das Araras, Lamarão e Cachoeira dos Porcos durante a realização da mesma.

De acordo a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, essa pesquisa só terá início nessas comunidades após apresentação do parecer de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Vitória da Conquista-BA, 02 de Maio de 2019.

Conselho das Associações
Quilombolas do Território do
Sudoeste Baiano - CAQSUB
CNPJ Nº 12.522.746/0001-44

Maria Aparecida Souza Teixeira Pereira

Maria Aparecida Souza Teixeira Pereira

Coordenadora de Gênero

ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas

Pesquisador: Gabriela Cardoso Moreira Marques

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14087019.1.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.448.011

Apresentação do Projeto:

"A autonomia reprodutiva é definida como o poder de decidir sobre, e controlar as questões associadas ao uso de contraceptivos, gravidez e maternidade. Os direitos sexuais e reprodutivos reconhecem explicitamente o direito de as mulheres realizarem suas próprias escolhas reprodutivas, entretanto a capacidade de controlar sua vida sexual e reprodutiva é muitas vezes incompatível com a tradição cultural e religiosa."

Objetivo da Pesquisa:

"Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas" é o título da pesquisa "que tem como objetivos: Investigar a autonomia reprodutiva em mulheres quilombolas e os fatores intervenientes da transmissão intergeracional entre avós, mães e filhas; Analisar a autonomia reprodutiva e as práticas reprodutivas de mulheres quilombolas em diferentes gerações; Correlacionar autonomia reprodutiva com perfil sociodemográfico em mulheres quilombolas e Apreender os modos de produção e reprodução dos saberes relacionados à prática reprodutiva em mulheres quilombolas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: O risco oferecido pela pesquisa é baixo e atrelado a algum desconforto que as mulheres entrevistadas possam sentir ao compartilhar sua vivência/experiência e relatar informações durante os encontros de grupais/ou entrevistas a sua participação será interrompida e a pesquisadora/enfermeira oferecerá todo o apoio necessário. Benefícios: Os achados dessa

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.448.011

pesquisa tornam-se relevantes, pois, intenciona a produção de conhecimentos sobre saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. (...) Ainda devido à coleta de informações você poderá relembrar algumas situações vivenciada que pode trazer tristeza e/ou sentimento semelhante, assim se houver um agravamento de tal situação, a ponto de trazer um sofrimento físico e existencial, que comprometa a realização de atividades básicas diárias, associado ou decorrente da pesquisa, as pesquisadoras a encaminhará ao atendimento com o profissional da Unidade Básica de Saúde a qual é referência, onde se darão os demais encaminhamentos necessários. Além disso, poderá receber assistência gratuita e integral uma vez que participo do Centro de Pesquisa do GEM (Grupo de Estudos Sobre Saúde da Mulher) que conta com pesquisadoras de várias áreas do conhecimento que podem sanar o problema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de grande envergadura haja vista o número de participantes assim como seu tema. O título do trabalho é "Autonomia reprodutiva intergeracional em mulheres quilombolas"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram devidamente pensados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349918.pdf | 11/06/2019 08:36:36 | | Aceito |
| Outros | Declaracao_inicio_coleta_de_dados.jpg | 11/06/2019 08:30:26 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_PDF.pdf | 11/06/2019 08:23:51 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / | Termo_de_consentimento_livre_esclarecido.pdf | 11/06/2019 08:21:01 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.448.011

| | | | | |
|---|---|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | Termo_de_consentimento_livre_esclarecido.pdf | 11/06/2019 08:21:01 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Termo_anuencia.jpg | 18/05/2019 01:58:31 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Roteiro_da_entrevista_semiestruturada.pdf | 18/05/2019 01:57:28 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Instrumento_semiestruturado_pesquisa_nacional_de_saude.pdf | 18/05/2019 01:56:54 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Escala_de_autonomia_reprodutiva.pdf | 18/05/2019 01:56:06 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf | 18/05/2019 01:55:09 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 18/05/2019 01:54:47 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Declaracao_de_concordancia_com_o_projeto_de_pesquisa.jpg | 18/05/2019 01:53:37 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.jpg | 18/05/2019 01:51:32 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Orçamento | Orcamento_detalhado.jpg | 18/05/2019 01:51:16 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Solicitacao_de_campo.jpg | 18/05/2019 01:49:28 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Declaracao_sobre_inicio_da_coleta_de_dados.jpg | 18/05/2019 01:49:01 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Declaracao_de_dispensa_do_termo_de_compromisso_para_coleta_de_dados_em_arquivos.jpg | 18/05/2019 01:45:48 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Termo_de_confidencialidade.jpg | 18/05/2019 01:43:10 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Declaracao_de_dispensa_do_termo_de_concessao.jpg | 18/05/2019 01:42:08 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Termo_de_autorizacao_instituicao_coparticipante.jpg | 18/05/2019 01:40:30 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Termo_de_autorizacao_intitucional_proposante.jpg | 18/05/2019 01:36:04 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Outros | Termo_de_compromisso_do_pesquisador_responsavel.jpg | 18/05/2019 01:34:19 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 18/05/2019 01:30:42 | Gabriela Cardoso Moreira Marques | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.448.011

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 10 de Julho de 2019

Assinado por:
Maria Carolina Ortiz Whitaker
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO C – Questionário semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde (adaptado)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (ADAPTADO)

| | |
|------------------------|---|
| Data da entrevista | ____ / ____ / ____ |
| Horário | ____ : ____ |
| Nome da entrevistada | |
| Número da entrevistada | |
| Nome da Comunidade | |
| Geração | (<input type="checkbox"/>) Mãe 1ª geração (<input type="checkbox"/>) Filha 2ª geração |

A. Características Sociodemográficas

Nesta parte vamos conversar sobre características pessoais como idade, escolaridade, situação de trabalho e renda.

| | | | | |
|----|---|--|---|--------|
| A1 | Qual a sua idade? | [][]anos | | [][] |
| A2 | Qual seu estado conjugal? | 1. Nunca fui casada | | [] |
| | | 2. Casada ou vive com companheiro | | |
| | | 3. Separada ou divorciada | | |
| | | 4. Viúva | | |
| A3 | Quantos anos completos de estudo (com aprovação) a Sra. tem? | [][]anos | | [][] |
| A4 | Qual o seu grau de instrução? | 1. Nunca estudou/estudou menos de um ano | | [][] |
| | | 2. Elementar incompleto | | |
| | | 3. Elementar completo | | |
| | | 4. Fundamental Incompleto | | |
| | | 5. Fundamental Completo | | |
| | | 6. Ensino Médio Incompleto | | |
| | | 7. Ensino Médio Completo | | |
| | | 8. Superior Incompleto | | |
| | | 9. Superior Completo ou mais | | |
| A5 | Qual é a sua cor (raça)? | 1. Branca | | [] |
| | | 2. Preta | | |
| | | 3. Amarela | | |
| | | 4. Parda | | |
| | | 5. Indígena | | |
| A6 | A Sra. trabalha ou trabalhava? | 1. Trabalha atualmente | Se 1: ir para A9 Se 2 e 3: ir para A7 Se 4: ir para A13 | |
| | | 2. Trabalha, mas não atualmente | | |
| | | 3. Já trabalhou, mas não trabalha mais | | |
| | | 4. Nunca trabalhou | | |
| A7 | Qual a principal razão da Sra. não estar em atividade atualmente? | 1. Dona de casa/cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos | | |
| | | 2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho | | |
| | | 3. Estudos/ treinamento | | |
| | | 4. Aposentada por tempo de trabalho/ idade | | |
| | | 5. Aposentada por doença/ invalidez | | |
| | | 6. Afastada por doença | | |
| | | 7. Afastada por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc.) | | |

| | | | | |
|---|---|--|--------|---------------------------------|
| | | 8. Outra | | |
| A8 | Há quanto tempo a Sra. não está trabalhando ou não está em atividade | [][]anos [][]meses [][][]dias | | [][][] Codificar em meses |
| A9 | Com que idade a Sra. começou a trabalhar? | [][][]anos | | [][][] |
| <i>Entrevistadora: as perguntas A10 a A13 são dirigidas às pessoas que trabalham atualmente e para as que já trabalharam e não trabalham mais. Neste caso, faça as perguntas no passado e refira-se à última ocupação. No caso de mais de um emprego, escolha a principal ocupação.</i> | | | | |
| A10 | Qual é ou era a sua situação de trabalho? | 1. Servidora pública 2. Empregada assalariado com carteira de trabalho assinada 3. Empregada assalariado sem carteira de trabalho assinada 4. Empregada familiar remunerada 5. Empregada familiar não remunerada 6. Conta própria ou autônoma com estabelecimento 7. Conta própria ou autônoma sem estabelecimento 8. Empregadora com até 5 funcionários fixos 9. Empregadora com 5 ou mais funcionários fixos | | |
| A10A | A Sra. contribuiu ou contribui com a previdência social? | 0. Não | 1. Sim | [] |
| A10B | Onde a Sra. trabalha/trabalhava? | 1. Zona rural 2. Zona urbana 3. Nos dois locais 4. Não quis responder | | [] |
| A11 | Qual é a sua principal ocupação no trabalho? | _____ | | _____ |
| A12 | Em geral, quantas horas a Sra. trabalha ou trabalhava por semana? <i>(Inclua horas-extra e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria).</i> | [][][]horas por semana | | [][][] |

| | | | | | |
|--|---|--|--------|--|---|
| A13 | A Sra. pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento? (Considere qualquer tipo de rendimento, seja trabalho, venda de produtos ou rendimento de qualquer benefício, pensão, doação etc.). | 0. Não tem rendimento | 1. Sim | 2. Não quis responder | Se 0 ou 2 ir para A14 <input type="checkbox"/> |
| <i>(Entrevistador: para cada fonte de renda, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado).</i> | | | | | |
| <i>Se a entrevistada respondeu 2 ou 3 na questão A6, ou seja, que não trabalha atualmente ou que já trabalhou, mas não trabalha mais, ir para a questão A13B. Se a entrevistada respondeu 4 na questão A6, ou seja, que nunca trabalhou, ir para a questão A13C.</i> | | | | | |
| A13A | Trabalho | 0. Não | 1. Sim | Se 0 ir para A13B | <input type="checkbox"/> |
| A13A1 | Valor do trabalho R\$ | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | |
| A13B | Seguro-desemprego | 0. Não | 1. Sim | Se 0 ir para A13C | <input type="checkbox"/> |
| A13B1 | Valor do seguro-desemprego R\$ | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | |
| A13C | Aposentadoria | 0. Não | 1. Sim | Se 0 ir para A13D | <input type="checkbox"/> |
| A13C1 | Valor da aposentadoria R\$ | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | |
| A13D | Pensão | 0. Não | 1. Sim | Se 0 ir para A13E | <input type="checkbox"/> |
| A13D1 | Valor da pensão R\$ | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | |
| A13E | Bolsa família | 0. Não | 1. Sim | Se 0 ir para A13F | <input type="checkbox"/> |
| A13E1 | Valor da bolsa família R\$ | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | |
| A13F | Outra fonte | 0. Não | 1. Sim | Se 0 ir para A14 | <input type="checkbox"/> |
| A13F1 | Valor da outra fonte R\$ | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | | <input type="text"/> [<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>][<input type="text"/>],[<input type="text"/>][<input type="text"/>] | |
| | | 1. Não tem religião | | | |
| | | 2. Católica | | | |

| | | | | |
|----------|---------------------------------|-------------------------|--|-----|
| A14 | Qual é a sua religião ou culto? | 3. Evangélica | | [] |
| | | 4. Espírita | | |
| | | 5. Umbanda ou Candomblé | | |
| | | 6. Judaica | | |
| | | 7. Religiões orientais | | |
| | | 8. Testemunha de Jeová | | |
| 9. Outra | | | | |

Módulo R - Saúde da Mulher (mulheres de 18 anos e mais de idade)

Agora farei perguntas sobre a sua saúde, exames preventivos, reprodução e planejamento familiar.

| | | | | | |
|----|---|--|--------------|-----------------------|-----------|
| R1 | Com que idade a Sra. ficou menstruada pela primeira vez? | [][]anos | [] Não sabe | | [][][] |
| R2 | A Sra. ainda fica menstruada? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para R9 | [] |
| R3 | Com que idade parou de menstruar? | [][] Anos | [] Não sabe | | [][][] |
| R4 | Por qual motivo a Sra. não menstrua mais? | 1. Cirurgia para retirada de útero ou ovário | | Se 1: ir para R5 | [] |
| | | 2. Menopausa natural | | Se 2: ir para R6 | |
| | | 3. Outros tratamentos (hormônios, quimioterapia ou radiação) | | Se 3 ou 4: ir para R9 | |
| | | 4. Outro | | | |
| R5 | Qual idade tinha quando foi submetida à cirurgia? | [][]anos | | | |
| R6 | Alguma vez a Sra. fez ou faz tratamento hormonal para alívio dos sintomas da menopausa (com comprimidos, adesivos, gel ou injeções) | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R9 | |
| R7 | Esse medicamento foi receitado por médico? | 0. Não | 1. Sim | | |
| R8 | Segundo o médico, qual foi o motivo principal para a cirurgia de retirada do útero ou ovário? | 1. Mioma uterino | | | [] |
| | | 2. Prolapso uterino (útero caído) | | | |
| | | 3. Endometriose | | | |
| | | 4. Câncer ginecológico | | | |

| | | | | | | |
|------|--|--|------------------------------|-------------|--------------------|-----|
| | | 5. Complicações da gravidez ou parto | | | | |
| | | 6. Sangramento vaginal anormal | | | | |
| | | 7. Outro | | | | |
| R9 | Quando foi a última vez que a Sra. fez um exame preventivo para o câncer de colo do útero (Citopatológico de colo uterino)? | 1. Menos de 1 ano atrás | Se 1, 2, 3 ou 4: ir para R11 | [] | | |
| | | 2. De 1 ano a menos de 2 anos | | | | |
| | | 3. De 2 anos a menos de 3 anos | Se 5: ir para R10 | [] | | |
| | | 4. 3 anos ou mais atrás | | | | |
| | | 5. Nunca fez | | | | |
| R10 | Qual o principal motivo da Sra. nunca ter feito um exame preventivo (Citopatológico de colo uterino)? | 1. Nunca teve relações sexuais | Ir para R17 | [] | | |
| | | 2. Não acha necessário | | | | |
| | | 3. Tem vergonha | | | | |
| | | 4. Nunca foi orientada para fazer o exame | | | | |
| | | 5. Não sabe quem procurar ou aonde ir | | | | |
| | | 6. Tem dificuldades financeiras | | | | |
| | | 7. Tem dificuldades de transporte | | | | |
| | | 8. Teve dificuldade para marcar consulta | | | | |
| | | 9. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande | | | | |
| | | 10. O serviço de saúde é muito distante | | | | |
| | | 11. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas | | | | |
| | | 12. O plano de saúde não cobre a consulta | | | | |
| | | 13. Está marcado, mas ainda não realizou | | | | |
| | | 14. Outro (Especifique) | | | | |
| R11 | O último exame preventivo para câncer do colo do útero (Citopatológico de colo uterino) foi feito através do Sistema único de Saúde (SUS)? | 0. Não | 1. Sim | 2. Não sabe | Se 1: ir para R13 | [] |
| R12 | A Sra. pagou pelo atendimento? | 0. Não | 1. Sim | | Se 0: ir para R12B | [] |
| R12A | Se sim, como foi feito o pagamento? | 1. Pagou diretamente sem reembolso | | | Ir para R13 | [] |
| | | 2. Pagou, mas teve reembolso total pelo plano de saúde | | | | |
| | | 3. Pagou, mas teve reembolso parcial pelo plano de saúde | | | | |
| R12B | Se não, por qual motivo? | 1. Porque foi feito pelo SUS | | | Ir para R13 | [] |
| | | 2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço | | | | |
| | | 3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG | | | | |
| | | 1. Sim, menos de 1 mês depois | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|---|------------------------|--------|
| R13 | A Sra. recebeu o resultado do último exame preventivo (Citopatológico de colo uterino)? | 2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois | | Se 1 ao 4: ir para R14 | [] |
| | | 3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois | | | |
| | | 4. Sim, 6 meses ou mais depois | | | |
| | | 5. Ainda não recebeu | | | |
| | | 6. Nunca recebi | | Se 5 ao 7: ir para R17 | |
| | | 7. Nunca fui buscar | | | |
| | | R14 | Após receber o resultado do exame, a Sra. foi encaminhada ou marcou uma consulta com médico especialista? | 0. Não | 1. Sim |
| R15 | A Sra. foi à consulta com o especialista? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para R17 | [] |
| R16 | Qual o principal motivo da Sra. não ter ido à consulta com o especialista? | 1. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta | | | [] |
| | | 2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande | | | |
| | | 3. Não conseguiu marcar | | | |
| | | 4. Não achou necessário | | | |
| | | 5. Não sabia quem procurar ou aonde ir | | | |
| | | 6. Estava com dificuldades financeiras | | | |
| | | 7. O plano de saúde não cobria a consulta | | | |
| | | 8. O serviço de saúde era muito distante | | | |
| | | 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas | | | |
| | | 10. Teve dificuldade de transporte | | | |
| | | 11. Outro | | | |
| R17 | Quando foi a última vez que um médico ou enfermeira fez o exame clínico de suas mamas? | 1. Menos de 1 ano atrás | | | [] |
| | | 2. De 1 ano a menos de 2 anos | | | |
| | | 3. De 2 anos a menos de 3 anos | | | |
| | | 4. 3 anos ou mais atrás | | | |
| | | 5. Nunca fez | | | |
| R18 | Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R28 | [] |
| R19 | A Sra. fez o exame de mamografia? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para R21 | [] |
| R20 | | 1. O exame está marcado, mas ainda não fez | | Ir para R28 | [][] |
| | | 2. Não conseguiu marcar | | | |
| | | 3. Não achou necessário | | | |

| | | | | |
|------|---|---|--------|------------------------|
| | Qual o principal motivo da Sra. não ter feito o exame de mamografia? | 4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande | | |
| | | 5. Estava com dificuldades financeiras | | |
| | | 6. O serviço de saúde era muito distante | | |
| | | 7. Teve dificuldades de transporte | | |
| | | 8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com suas atividades de trabalho e domésticas | | |
| | | 9. O plano de saúde não cobria a mamografia | | |
| | | 10. Não sabia onde realizar o exame | | |
| | | 11. Outro | | |
| R21 | Quando foi a última vez que a Sra. fez um exame de mamografia? | 1. Menos de 1 ano atrás | | [] |
| | | 2. De 1 ano a menos de 2 anos | | |
| | | 3. De 2 anos a menos de 3 anos | | |
| | | 4. 3 anos ou mais atrás | | |
| R22 | O exame foi feito pelo SUS? | 0. Não | 1. Sim | 2. Não sabe |
| R23 | A senhora pagou pelo exame de mamografia? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R23B |
| R23A | Se sim, como foi feito o pagamento? | 1. Pagou diretamente sem reembolso | | Ir para R24 |
| | | 2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde | | |
| | | 3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde | | |
| R23B | Se não, por qual motivo? | 1. Porque foi feito pelo SUS | | [] |
| | | 2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço | | |
| | | 3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG | | |
| R24 | Quando a Sra. recebeu o resultado do exame de mamografia? | 1. Menos de 1 mês depois | | Se 5 ao 7: ir para R28 |
| | | 2. Entre 1 mês e menos de 3 meses depois | | |
| | | 3. Entre 3 meses e menos de 6 meses depois | | |
| | | 4. 6 meses ou mais depois | | |
| | | 5. Nunca recebi | | |
| | | 6. Nunca fui buscar | | |
| | | 7. Ainda não fui buscar, pois não chegou o resultado | | |
| R25 | Após receber resultado da mamografia, a Sra. foi encaminhada para consulta com médico especialista? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R28 |

| | | | | | |
|---|--|--|--------|-------------------|----------|
| R26 | A Sra. foi à consulta com especialista? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para R28 | [__] |
| R27 | Qual o principal motivo da Sra. não ter ido à consulta com especialista? | 1. A consulta está marcada, mas ainda não foi | | | [__][__] |
| | | 2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande | | | |
| | | 3. Não conseguiu marcar | | | |
| | | 4. Não achou necessário | | | |
| | | 5. Não sabia quem procurar ou aonde ir | | | |
| | | 6. Estava com dificuldades financeiras | | | |
| | | 7. O plano de saúde não cobriu a consulta | | | |
| | | 8. O serviço de saúde era muito distante | | | |
| | | 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas | | | |
| | | 10. Teve dificuldades de transporte | | | |
| | | 11. Outro (Especifique) | | | |
| R28 | Nos últimos 12 meses a Sra. teve relações sexuais? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R33 | [__] |
| <i>(Entrevistadora: As questões R29-R35 são dirigidas às mulheres de 18-49 anos que ainda menstruam, isto é, que responderam 1 na questão R2)</i> | | | | | |
| Agora vou fazer perguntas sobre planejamento familiar e contracepção | | | | | |
| R29 | Nos últimos 12 meses, a Sra. participou de grupo de planejamento familiar? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R31 | [__] |
| R30 | E o seu parceiro participou de grupo de planejamento familiar? | 0. Não | 1. Sim | | [__] |
| R31 | A Sra. usa algum método para evitar a gravidez atualmente? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para R33 | [__] |
| R32 | Qual o principal motivo de não evitar a gravidez? | 1. Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar | | Ir para o R34 | [__] |
| | | 2. Por motivos religiosos | | | |
| | | 3. Não conseguiu participar de grupo sobre planejamento familiar | | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--------|------------------------|
| | | 4. Não sabe como evitar | | |
| | | 5. Não sabe aonde ir ou quem procurar para lhe dar orientações | | |
| | | 6. Está grávida | | |
| | | 7. Ligou as trompas | | |
| | | 8. O companheiro fez vasectomia | | |
| | | 9. Não sabe como evitar | | |
| | | 10. Outro (Especifique) | | |
| R33 | Que método para evitar a gravidez a Sra. usa atualmente? | | | |
| | a. Pílula | 0. Não | 1. Sim | Siga R34 |
| | b. Tabela | 0. Não | 1. Sim | |
| | c. Camisinha masculina | 0. Não | 1. Sim | |
| | d. Camisinha feminina | 0. Não | 1. Sim | |
| | e. Diafragma | 0. Não | 1. Sim | |
| | f. DIU | 0. Não | 1. Sim | |
| | g. Contraceptivo injetável | 0. Não | 1. Sim | |
| | h. Implantes | 0. Não | 1. Sim | |
| | i. Creme/óvulo | 0. Não | 1. Sim | |
| | j. Pílula do dia seguinte | 0. Não | 1. Sim | |
| | k. Outro (Especifique) | 0. Não | 1. Sim | |
| R34 | A Sra. e/ou o seu companheiro já fizeram ou fazem algum tratamento para engravidar? | 1. Sim, fazem atualmente | | Se 1: ir para R35 |
| | | 2. Sim, já fizeram | | Se 2 ou 3: ir para R36 |
| | | 3. Nunca fizeram | | |
| | | 1. Há menos de 6 meses | | |
| | | 2. De 6 meses a menos de 1 ano | | |

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--------|-----------------------------|---|
| R35 | Há quanto tempo a Sra. está tentando engravidar? | 3. Há um ano ou mais | | Siga R36 | [__] |
| <i>(Entrevistadora: As questões R36-R45 são dirigidas a todas as mulheres)</i> | | | | | |
| Agora vou fazer perguntas sobre reprodução familiar (História Reprodutiva) | | | | | |
| R36 | A Sra. já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado ao final)? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: finalize a entrevista | [__] |
| R37 | Com que idade a Sra. teve sua primeira gravidez? | [__][__] anos | | 0. não sabe/não lembra | [__][__] |
| R38 | A Sra. já teve algum aborto espontâneo? (<i>entende-se por aborto espontâneo o término acidental da gravidez com menos de vinte semana ou 5 meses</i>) | 0. Não | 1. Sim | | [__][__] |
| R38A | Quantos? | [__][__] | | | [__][__] |
| R39 | A Sra. já teve algum aborto provocado? | 0. Não | 1. Sim | | [__][__] |
| R39A | Quantos? | [__][__] | | | [__][__] |
| R40 | Quantos partos a Sra. já teve? | [__][__] partos | | 0. Nenhum | Se 0: finalize a entrevista [__][__] |
| R41 | Quantos partos foram cesarianas? | [__][__] cesarianas | | 0. Nenhum | [__][__] |
| R42 | Quantos filhos nasceram vivos? | [__][__] filhos vivos | | 0. Nenhum | Se 0: ir para R45 [__][__] |
| R43 | Algum filho nasceu com o peso menor que 2500g? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para R44 | [__] |
| R43A | Quantos? | [__][__] | | | [__][__] |
| R44 | | 1. Não | | | [__] |
| | | 2. Sim, com menos de 7 dias | | | |
| | | 3. Sim, entre 7 e 27 dias | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--------|-------------------|-----------------------------|
| | Algum filho nasceu e morreu antes de completar 1 ano? | 4. Sim, com 28 dias e mais | | | |
| R45 | Em que data foi o último parto? | ____/____/____ | | | ____/____/____ |
| <p>Módulo S – Atendimento Pré-natal</p> <p>Agora farei perguntas sobre o atendimento pré-natal.</p> <p>Agora vou fazer perguntas sobre o atendimento pré-natal e a assistência em relação ao último parto. Entende-se por pré-natal o acompanhamento da gestante e puérpera (mulher até 42 dias após o parto) por um médico(a) ou enfermeiro(a)</p> | | | | | |
| S1 | Na última vez em que esteve grávida, a Sra. fez o pré-natal? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para S14 | [] |
| S2 | Com quanto tempo de gravidez a Sra. iniciou o pré-natal? | [][] meses [][] semanas | | | [][] codificar em semanas |
| S3 | Quantas consultas de pré-natal a Sra. teve? | [][] consultas | | | [][] |
| S4 | Onde foi realizada a maioria das consultas de pré-natal? | 1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidades de saúde da família) 2. Centro de especialidades, policlínica pública ou PAM – Posto de assistência médica 3. Hospital público/ambulatório 4. Consultório particular ou clínica privada 5. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 6. Outro (Especifique) | | | [] |
| S5 | O atendimento foi pelo SUS? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para S7 | [] |
| S6 | A Sra. pagou pelo atendimento? | 0. Não | 1. Sim | Se 0: ir para S6B | [] |
| S6A | Se sim, como foi feito o pagamento? | 1. Pagou diretamente sem reembolso 2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde 3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde | | Ir para S7 | [] |

| | | | | | |
|------|---|--|-----------|-----------------------|-----|
| S6B | Se não, por qual motivo? | 1. Porque foi feito pelo SUS | | | [] |
| | | 2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço | | | |
| | | 3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG | | | |
| S7 | Quem lhe atendeu na maioria das consultas? | 1. Médico(a) | | | [] |
| | | 2. Enfermeira(o) | | | |
| | | 3. Auxiliar de Enfermagem (incluindo estudantes de enfermagem e ajudantes) | | | |
| | | 4. Parteira | | | |
| | | 5. Outro (Especifique) | | | |
| S8 | Durante o pré-natal a Sra. foi informada a qual serviço de saúde a Sra. deveria ir no momento do parto? | 0. Não | 1. Sim | | |
| S9 | Durante o pré-natal, quantos exames de ultrassonografia foram solicitados? | [][] Exames | 1. Nenhum | Se 00: ir para S12 | |
| S10 | A Sra. conseguiu realizar os exames de ultrassonografia solicitados? | 1. Sim, todos | | Se 2 e 3: ir para S11 | |
| | | 2. Sim, alguns | | | |
| | | 3. Não, nenhum | | | |
| S10A | A Sra. conseguiu realizar os exames de ultrassonografia morfológica? | 0. Não | 1. Sim | Se 1: ir para S12 | |
| S11 | Qual o principal motivo da Sra. não ter conseguido realizar os exames de ultrassonografia solicitados? | 1. Não consegui marcar | | | |
| | | 2. Não achou necessário | | | |
| | | 3. Não sabia quem procurar ou aonde ir | | | |
| | | 4. Estava com dificuldades financeiras | | | |
| | | 5. Teve dificuldade de transporte | | | |
| | | 6. O serviço de saúde era muito distante | | | |
| | | 7. O tempo de espera no serviço era muito grande | | | |
| | | 8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas | | | |
| | | 9. Não havia especialista no serviço de saúde para fazer exame | | | |
| | | 10. Não havia equipamento disponível no serviço de saúde | | | |
| | | 11. O plano de saúde não cobria todos os exames | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--------|------------------------|---------------------------|--------|
| | | 12. Outro (Especifique) | | | | |
| S12 | Quanto tempo antes do parto foi sua consulta de pré-natal | 1. Menos de 7 dias | | | | |
| | | 2. De 7 a 14 dias | | | | |
| | | 3. De 15 a 30 dias | | | | |
| | | 4. Mais de 30 dias | | | | |
| | | 5. Não sabe, não lembra | | | | |
| S13 | Com quantas semanas de gravidez a Sra. estava na última consulta de pré-natal? | [][] Semanas | | | | |
| Agora vou fazer perguntas sobre a assistência ao parto | | | | | | |
| S14 | Quem lhe atendeu no último parto? | 1. Médico(a) | | | | [] |
| | | 2. Enfermeira(o) | | | | |
| | | 3. Parteira | | | | |
| | | 4. Auxiliar de Enfermagem | | | | |
| | | 5. Estudantes de Enfermagem ou Medicina | | | | |
| | | 6. Outro (parente, amigo sem treinamento) | | | | |
| | | 7. Ninguém | | | | |
| S15 | Onde foi realizado seu último parto? | 1. Hospital ou maternidade | | | Se 3, 4 ou 5: ir para S23 | [] |
| | | 2. Casa de parto | | | | |
| | | 3. Outro tipo de serviço de saúde | | | | |
| | | 4. Em casa | | | | |
| | | 5. Outro (Especifique) | | | | |
| S16 | O parto foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procurou? | 0. Não | 1. Sim | | Se 1: ir para S18 | [] |
| S17 | Quantos estabelecimentos de saúde a Sra. teve que ir para conseguir a internação para o parto? | [][] Estabelecimentos | | | | [][] |
| S18 | O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal? | 1. Sim | 2. Não | 3. Não houve indicação | | [] |
| S19 | O último parto foi feito pelo SUS? | 0. Não | 1. Sim | | | [] |
| S20 | A Sra. pagou pelo último parto? | 0. Não | 1. Sim | | Se 0: ir para S20B | [] |

| | | | | | | |
|------|--|--|--------------|------------|-------------------|--------------------------------|
| S20A | Se sim, como foi feito o pagamento? | 1. Pagou diretamente sem reembolso | | | Ir para S21 | [] |
| | | 2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde | | | | |
| | | 3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde | | | | |
| S20B | Se não, por qual motivo? | 1. Porque foi feito pelo SUS | | | | [] |
| | | 2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço | | | | |
| | | 3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG | | | | |
| S21 | O seu companheiro ou alguma pessoa da família ou amiga ficou com a Sra. durante o trabalho de parto? | 0. Não | 1. Sim | | Se 1: ir para S23 | [] |
| S22 | Por que a Sra. não teve acompanhante durante o trabalho de parto? | 1. Não sabia que podia | | | | [] |
| | | 2. Não quis | | | | |
| | | 3. Não deixaram | | | | |
| | | 4. Não tinha quem acompanhasse | | | | |
| S23 | O seu parto foi | 1. Normal (vaginal) | 2. Cesáreo | 3. Fórceps | Se 1: ir para S25 | [] |
| S24 | Qual o principal motivo da Sra. ter tido parto cesáreo? | 1. Já tinha tido um parto cesáreo | | | | [] |
| | | 2. Escolheu desde o início da gravidez porque queria ligar as trompas | | | | |
| | | 3. Escolheu desde o início da gravidez por outro motivo, como não sentir dor, ser mais conveniente, etc. | | | | |
| | | 4. Escolha do médico que a assistiu desde o início da gravidez | | | | |
| | | 5. Por indicação médica durante o pré-natal, porque teve complicações na gravidez | | | | |
| | | 6. Por indicação médica durante o trabalho de parto | | | | |
| | | 7. Por indicação médica, pois não entrou em trabalho de parto | | | | |
| | | 8. Outro | | | | |
| S25 | Quanto tempo de gravidez a Sra. tinha no momento do parto? | [][] meses [][] semanas | [] não sabe | | | [][] codificar em semanas |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|---|----------------------------------|
| S26 | Qual o peso do bebê ao nascer? (<i>Entrevistadora: registre o valor em gramas</i>) | [][][][] gramas | | [] não sabe | | [][][][] |
| S27 | O bebê está vivo? | 0. Sim | 1. Não, nasceu vivo, mas já morreu | 2. Não, nasceu morto | Se 0: ir para S28 Se 1: ir para S29 Se 2: ir para S30 | [] |
| S28 | Após o parto, para onde o bebê foi encaminhado? | 1. Alojamento conjunto | | | Ir para S30 | [] |
| | | 2. Berçário | | | | |
| | | 3. UI (Unidade Intermediária) | | | | |
| | | 4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) | | | | |
| | | 5. Transferido para outro estabelecimento de saúde | | | | |
| | | 6. Outro (Especifique): | | | | |
| S29 | Com que idade o bebê morreu? | [][] dias [][] meses [][][] horas | | | | [][][][] codificar em dia |
| S30 | A Sra. fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeira até 42 dias após o parto)? | 1. Sim | 2. Não, apesar de ter recebido orientação para fazer | 3. Não, pois não recebeu orientação para fazer | | [] |
| S31 | A Sra. apresentou algum problema no pós-parto? | 0. Não | | 1. Sim | Se 0: encerrar entrevista | [] |
| S32 | Qual? | _____ | | | | |

ANEXO D – Escala de autonomia reprodutiva



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ESCALA DE AUTONOMIA REPRODUTIVA

| | |
|------------------------|---|
| Data da entrevista | ____ / ____ / ____ |
| Horário | ____ : ____ |
| Nome da entrevistada | |
| Número da entrevistada | |
| Nome da Comunidade | |
| Geração | <input type="checkbox"/> Mãe 1ª geração <input type="checkbox"/> Filha 2ª geração |

- 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.

Para estas questões, por favor, selecione uma das seguintes opções de respostas:

- Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)
- Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente
- Eu

Tomada de decisão

1. Quem decide sobre você usar um método para evitar a gravidez?

- Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)
- Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente
- Eu

2. Quem decide sobre qual método você usaria para evitar a gravidez?

- Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)
- Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente
- Eu

3. Quem decide sobre quando ter um bebê em sua vida?

- Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)
- Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente
- Eu

4. Se você engravidasse, de forma não planejada, quem decidiria o que fazer - seja criar a criança, seja procurar por pais adotivos, seja fazer um aborto?

- Meu parceiro sexual (ou alguém da família, como os pais, ou sogra/sogro)
- Ambos, Eu e meu parceiro sexual (ou alguém da família como os pais, ou sogra/sogro) igualmente
- Eu

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:

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

Ausência de coerção

5. Seu parceiro te impediu de usar um método para evitar a gravidez quando você queria usar um.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

6. Seu parceiro atrapalhou ou dificultou o uso de um método para evitar a gravidez quando você queria usar um.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

7. Seu parceiro te fez usar algum método para evitar a gravidez quando você não queria utilizar um.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

8. Seu parceiro te impediria de usar um método para evitar a gravidez se você quisesse usar um.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

9. Seu parceiro te pressionou para engravidar.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

Comunicação

10. Seu parceiro te apoiaria se você quisesse usar um método para evitar a gravidez.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

11. É fácil falar sobre sexo com seu parceiro.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

12. Se você não quisesse ter relação sexual você poderia dizer para seu parceiro.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

13. Se você estivesse na dúvida em estar grávida ou não estar grávida, você poderia conversar com seu parceiro sobre isso.

- Eu discordo muito
- Eu discordo
- Eu concordo
- Eu concordo muito

14. Se você realmente não quisesse ficar grávida você poderia convencer seu parceiro a não ter filho.

Eu discordo muito

Eu discordo

Eu concordo

Eu concordo muito