

Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados

Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors

Autonomía en la salud reproductiva de mujeres cimarronas y factores relacionados

Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes^I

ORCID: 0000-0001-8302-6887

Sílvia Lúcia Ferreira^{II}

ORCID: 0000-0003-1260-1623

Cláudia Suely Barreto Ferreira^{III}

ORCID: 0000-0002-9801-9169

Eliene Almeida Santos^{III}

ORCID: 0000-0002-7561-8775

^I Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Bahia, Brasil.

^{II} Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{III} Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Fernandes ETBS, Ferreira SL, Ferreira CSB, Santos EA.

Autonomy in the reproductive health of
quilombolas women and associated factors.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190786.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>

Autor Correspondente:

Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes

E-mail: naratbsorte@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 05-11-2019

Aprovação: 24-05-2020

RESUMO

Objetivo: Identificar o nível de autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas e associá-lo com características sociodemográficas e aspectos da saúde sexual e reprodutiva. **Métodos:** Estudo censitário transversal realizado em comunidades quilombolas de um município baiano. Os dados foram coletados por meio dos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde e da Escala de Autonomia Reprodutiva, aplicados às mulheres quilombolas que aceitaram participar. Utilizaram-se procedimentos da estatística descritiva e realizaram-se associações entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas e reprodutivas. **Resultados:** O escore médio total de autonomia reprodutiva foi 2,06. Verificou-se associação entre o escore de "tomada de decisão" e estado conjugal. O escore de "autonomia reprodutiva total" foi associado à utilização de método contraceptivo. **Conclusão:** A realidade das participantes do estudo converge com a literatura quanto à interferência de fatores sociodemográficos e reprodutivos na autonomia reprodutiva de mulheres negras. **Descritores:** Saúde Reprodutiva; Autonomia Pessoal; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Fatores Socioeconômicos; Mulheres.

ABSTRACT

Objective: Identify the level of reproductive autonomy of *quilombola* women and associate it with sociodemographic characteristics and aspects of sexual and reproductive health. **Methods:** Cross-sectional census study carried out in *quilombola* communities in a municipality in Bahia. Data was collected through questionnaires from the National Health Survey and the Reproductive Autonomy Scale, applied to *quilombola* women who agreed to participate. Descriptive statistics procedures were used and associations were made between reproductive autonomy scores and sociodemographic and reproductive characteristics. **Results:** The average total score for reproductive autonomy was 2.06. An association was found between the "decision-making" score and marital status. The score for "total reproductive autonomy" was associated with the use of contraceptive method. **Conclusion:** The reality of the study participants converges with the literature regarding the interference of sociodemographic and reproductive factors in the reproductive autonomy of black women. **Descriptors:** Reproductive Health; Personal Autonomy; African Continental Ancestry Group; Socioeconomic Factors; Women.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de autonomía reproductiva de mujeres cimarronas y relacionarlo a las características sociodemográficas y aspectos de la salud sexual y reproductiva. **Métodos:** Estudio censitario transversal realizado en comunidades cimarronas de un municipio baiano. Los datos han sido recogidos por medio de los cuestionarios de la Investigación Nacional de Salud y de la Escala de Autonomía Reprodutiva, aplicados a las mujeres cimarronas que aceptaron participar. Se utilizaron procedimientos de la estadística descriptiva y se realizaron relaciones entre las calificaciones de autonomía reproductiva y las características sociodemográficas y reproductivas. **Resultados:** La calificación media total de autonomía reproductiva ha sido 2,06. Se verificó relación entre la calificación de "toma de decisión" y estado conyugal. La calificación de "autonomía reproductiva total" ha sido relacionada a la utilización de método contraceptivo. **Conclusión:** La realidad de las participantes del estudio converge con la literatura cuanto a la interferencia de factores sociodemográficos y reproductivos en la autonomía reproductiva de mujeres negras. **Descritores:** Salud Reprodutiva; Autonomía Personal; Equipo con Ancestrales del Continente Africano; Factores Socioeconómicos; Mujeres.

INTRODUÇÃO

A conformação social brasileira, marcada pelo patriarcado, comprometeu e ainda compromete a autonomia de mulheres em diversos aspectos de suas vidas. Em se tratando das decisões reprodutivas, as condições de vida e certas imposições sociais determinam suas condutas e levam muitas mulheres a vivenciarem o planejamento reprodutivo de maneira irreflexiva e/ou imperativa. Ademais, fatores sociais, culturais, econômicos, educacionais, bem como dificuldades de acesso aos serviços de saúde privam muitas mulheres, especificamente as menos favorecidas, como as negras quilombolas, de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo estimativa, de todas as gestações que ocorrem no mundo em um ano, 38% não são planejadas⁽¹⁾. A alta prevalência de gravidezes não planejadas é uma realidade tanto de países pobres quanto dos mais desenvolvidos, representando quase a metade das gestações nos Estados Unidos e 44,3% no Malawi, país africano⁽²⁻³⁾. No Brasil, esse percentual chega a 48%, sendo que as desigualdades de classe, raça e gênero resultam em falta de oportunidades e marcam a vida daquelas mulheres que referem gravidez não planejada⁽⁴⁻⁵⁾.

Enquanto fenômeno complexo, a gravidez, além das questões objetivas para seu planejamento, envolve um sistema simbólico construído social e culturalmente que naturaliza a maternidade e a coloca como realização primeira das mulheres. Em alternativa, o acesso às informações e aos meios de regular a fertilidade possibilitam escolhas mais reflexivas por parte das mulheres⁽⁶⁾.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se constituído como referência para demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Dentro de suas prioridades, insere-se o planejamento reprodutivo, com o intuito de possibilitar a autonomia reprodutiva das mulheres. Esse objetivo nem sempre é alcançado, pois as estratégias para o acesso às informações e aos métodos contraceptivos desconsideram o acolhimento e o vínculo com o serviço de saúde, o que compromete a autonomia para livres escolhas reprodutivas⁽⁷⁾.

Arelado a isso, mulheres com condições sociais desfavoráveis possuem maior probabilidade de vivenciarem gestações não planejadas do que mulheres com melhores condições sociais e financeiras⁽⁸⁾. A escolaridade, a ocupação e a renda relacionam-se e determinam o acesso a bens e oportunidades, favorecendo o êxito nas ações de saúde, como o planejamento reprodutivo⁽⁹⁾.

As desigualdades raciais também são reveladas na utilização dos serviços preventivos, tanto no acesso quanto na limitação do cuidado, porque, quando comparadas com as brancas, as mulheres negras tem maior percentual para acesso ruim⁽¹⁰⁾. Dessa maneira, a violência racial e de gênero atrelada ao racismo institucional, que determinam a assistência prestada às mulheres negras, bloqueiam o alcance da equidade em saúde e violam os direitos humanos⁽¹¹⁾.

Em se tratando das mulheres quilombolas, as condições geográficas das comunidades onde residem, quase sempre localizadas em áreas rurais, representam mais uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, junto com a segregação histórica dessas comunidades, contribuem para maximizar os danos recorrentes a essa parcela da população⁽¹²⁾. Essa dificuldade de acesso em

consonância com a pouca escolaridade e piores condições de vida limitam o conhecimento sobre métodos contraceptivos e sua disponibilidade, o que interfere na autonomia reprodutiva.

Busca-se assim, resposta para a pergunta: Qual o nível de autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas e que fatores sociodemográficos e aspectos da saúde sexual e reprodutiva estão relacionados?

OBJETIVO

Identificar o nível de autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas e associá-lo com características sociodemográficas e aspectos da saúde sexual e reprodutiva.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O início da pesquisa se deu após submissão do projeto de tese ao Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação. Todo o caminhar metodológico seguiu as normas éticas para pesquisa com seres humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo censitário transversal realizado com dados da pesquisa de tese de doutorado intitulada "Autonomia reprodutiva de mulheres quilombolas". Tal pesquisa foi desenvolvida em comunidades quilombolas de um município do Sertão Produtivo, território de identidade da Bahia, no período de julho de 2018 a março de 2019. O instrumento STROBE do Equator foi utilizado para nortear a metodologia.

O município em questão, Palmas de Monte Alto, Bahia, foi escolhido por possuir o maior número de comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares dentro do território de identidade da Bahia, conforme atualização das comunidades certificadas publicada no site da Fundação em 18 de fevereiro de 2019⁽¹⁴⁾.

Palmas de Monte Alto localiza-se a 840 quilômetros da capital baiana⁽⁴⁾ e possui 17 comunidades quilombolas certificadas, localizadas na zona rural do município, algumas das quais integram uma mesma associação comunitária e por isso são representadas pelo(a) mesmo(a) presidente de associação.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo todas as mulheres quilombolas que atendiam aos critérios de inclusão adotados: residir na comunidade quilombola, estar em idade reprodutiva, com exceção das menores de idade (18 a 49 anos), e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: não concluir as respostas para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e não apresentar condições cognitivas para responder aos questionamentos. Desse modo, participaram 153 mulheres quilombolas, e foram registradas quatro recusas.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) adaptado⁽¹⁵⁾ e a Escala de Autonomia Reprodutiva, aplicados às mulheres quilombolas que aceitaram participar do estudo.

O questionário da PNS é composto por um bloco de informações sobre o domicílio e outro sobre o indivíduo. No questionário individual, as questões estão distribuídas em dez blocos de informações, entretanto apenas os blocos A (características sociodemográficas e apoio social) e F (saúde da mulher) foram utilizados.

As variáveis do bloco A incluem: idade, estado conjugal, grau de instrução, ocupação, rendimento mensal, cor/raça, religião. As variáveis do bloco F são: idade da menarca, realização do exame preventivo, atividade sexual, participação em grupo de planejamento familiar, uso de método contraceptivo, gravidez.

A *Reproductive Autonomy Scale* é caracterizada como uma medida validada, multidimensional, da capacidade de uma mulher para atingir suas intenções reprodutivas. Possui 14 itens organizados em três subescalas (Tomada de decisão; Ausência de coerção e Comunicação)⁽¹⁶⁾. O escore de autonomia reprodutiva total da escala varia de 1,00 a 4,00, sendo que escores maiores indicam níveis mais altos de autonomia reprodutiva.

A escala é aplicável a mulheres em qualquer tipo de relação (casadas, solteiras, convivendo ou não com parceiros), em uma variedade de contextos de equidade de gênero em todo o mundo, e é capaz de capturar a influência de indivíduos além do parceiro sexual, como pais, sogros, amigos, etc⁽¹⁶⁾. A referida escala foi traduzida para o português e adaptada culturalmente⁽¹⁷⁾.

As entrevistas foram realizadas na residência das mulheres durante as visitas feitas nas comunidades. Primeiramente, foi solicitado o comparecimento às comunidades mediante contato com os/as presidentes das associações quilombolas para apresentação da pesquisa e agendamento do melhor dia e horário para as visitas. Após o recebimento das autorizações por meio da assinatura dos termos de anuência e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as demais visitas às comunidades aconteceram. Durante essas visitas, todas as mulheres que atendiam aos critérios de inclusão foram abordadas em suas residências.

Análise dos resultados e estatística

Utilizaram-se procedimentos da estatística descritiva para expressar os resultados como médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos. A normalidade dos dados foi testada por meio dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, ao passo que a homocedasticidade foi verificada mediante teste de Levene. As associações entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas e reprodutivas foram testadas pelos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. 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

As participantes do estudo tiveram uma média de idade de 32,3 anos. A maior parte da população foi constituída por mulheres casadas ou que vivem com companheiro (71,9%), que se autodeclararam de cor/raça preta (64,7%), de religião católica (88,2%) e que tinha a ocupação de lavradora ou dona de casa (79,7%). Cerca de metade da população (49,7%) apresentou baixa escolaridade (\leq elementar), e a renda mensal individual variou de 0 a 1.908 reais, com a média sendo 329,2 reais.

No tocante às características sexuais e reprodutivas, 12,8 anos foi a idade média da primeira menstruação; 51,6% das mulheres fizeram o exame preventivo há dois anos ou menos; 87,6% tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses; 86,9% não participaram de grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses; 49,7% não utilizam nenhum método para evitar a gravidez, e 44,6% destas alegaram que não usavam o método por terem feito laqueadura; 83,7% delas já ficou grávida.

As médias, desvios-padrão e pontuações mínimas e máximas dos escores de autonomia reprodutiva estão apresentados na Tabela 1. Os escores médios variaram entre as subescalas de 1,90 a 2,40; o escore médio total de autonomia reprodutiva foi 2,06.

Tabela 1 – Análise descritiva dos escores de autonomia reprodutiva, de acordo com cada domínio da Escala de Autonomia Reprodutiva, Palmas de Monte Alto, Bahia, Brasil, 2019

Fator (subescala)	Média	Desvio-padrão	Mínimo - máximo
Tomada de decisão	2,40	0,35	1,25 - 3,00
Ausência de coerção	1,90	0,47	1,00 - 3,00
Comunicação	1,95	0,49	1,00 - 3,20
Total	2,06	0,30	1,36 - 2,64

Testaram-se associações entre os escores de autonomia reprodutiva (subescalas e total) e as características sociodemográficas da amostra, conforme apresentado na Tabela 2. Verificou-se associação entre o escore de “tomada de decisão” e estado conjugal. As análises indicaram que mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia no constructo “tomada de decisão”, comparadas às mulheres casadas ou com companheiro. Não foi verificada associação entre os escores de “ausência de coerção”, “comunicação” e “autonomia reprodutiva total” com as características sociodemográficas avaliadas.

Também foram investigadas associações entre os escores de autonomia reprodutiva e as características reprodutivas da amostra (Tabela 3). Verificou-se associação do escore de “comunicação” com realização de exame preventivo, relação sexual no último ano, utilização de método contraceptivo e gravidez. Segundo as análises, as mulheres que não realizaram exame preventivo nos últimos dois anos, não tiveram relação sexual nos últimos 12 meses, não faziam uso de método para evitar gravidez e que nunca ficaram grávidas demonstraram maior autonomia no constructo “comunicação”, comparadas a seus pares. O escore de “autonomia reprodutiva total” também foi associado à utilização de métodos contraceptivos. Os dados

mostraram que as mulheres que não utilizavam método para evitar gravidez apresentaram maior autonomia reprodutiva global, em relação às mulheres que usavam método contraceptivo. Os escores de “tomada de decisão” e “ausência de coerção” não foram associados às características reprodutivas avaliadas.

DISCUSSÃO

O escore médio total de 2,06 da autonomia reprodutiva global demonstrou um nível médio de autonomia reprodutiva das mulheres do estudo, ao considerar o escore mínimo de 1,00 e máximo de 4,00.

Tabela 2 – Associação entre os escores de autonomia reprodutiva e as características sociodemográficas das participantes do estudo, Palmas de Monte Alto, Bahia, Brasil, 2019

Variável	Tomada de decisão	Ausência de coerção	Comunicação	Total
Idade (correlação de Spearman)	-0,07 (p = 0,420)	0,14 (p = 0,084)	-0,01 (p = 0,922)	0,04 (p = 0,608)
Estado conjugal				
Solteira/sem companheiro	2,55 ± 0,35	1,86 ± 0,45	2,00 ± 0,51	2,11 ± 0,29
Casada/com companheiro	2,34 ± 0,33	1,91 ± 0,48	1,93 ± 0,48	2,04 ± 0,30
*Valor de p	< 0,001	0,417	0,255	0,262
Grau de instrução				
< Elementar	2,37 ± 0,43	1,92 ± 0,57	1,90 ± 0,41	2,04 ± 0,30
Elementar	2,44 ± 0,28	1,95 ± 0,47	2,00 ± 0,54	2,11 ± 0,28
Fundamental	2,32 ± 0,35	1,87 ± 0,44	1,99 ± 0,49	2,04 ± 0,30
≥ Médio	2,44 ± 0,35	1,84 ± 0,43	1,88 ± 0,48	2,03 ± 0,31
[†] Valor de p	0,348	0,818	0,523	0,480
Cor/raça				
Preta	2,39 ± 0,36	1,89 ± 0,48	1,94 ± 0,49	2,05 ± 0,31
Não preta	2,41 ± 0,33	1,91 ± 0,46	1,96 ± 0,49	2,07 ± 0,28
*Valor de p	0,828	0,329	0,873	0,464
Religião (%)				
Outras	2,35 ± 0,45	1,90 ± 0,39	1,96 ± 0,49	2,05 ± 0,34
Católica	2,41 ± 0,33	1,90 ± 0,48	1,94 ± 0,49	2,06 ± 0,29
*Valor de p	0,852	0,645	0,633	0,693
Ocupação				
Lavradora/dona de casa	2,38 ± 0,35	1,89 ± 0,48	1,93 ± 0,50	2,04 ± 0,30
Outras	2,50 ± 0,32	1,91 ± 0,43	2,01 ± 0,45	2,12 ± 0,29
*Valor de p	0,067	0,991	0,382	0,393
Renda mensal (correlação de Spearman)	0,11 (p = 0,183)	-0,06 (p = 0,432)	-0,04 (p = 0,603)	-0,03 (p = 0,701)

Nota: Os valores são expressos como média ± desvio-padrão; * Teste de Mann-Whitney; [†] teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 3 – Associação entre os escores de autonomia reprodutiva e as características reprodutivas das participantes do estudo, Palmas de Monte Alto, Bahia, Brasil, 2019

Variável	Tomada de decisão	Ausência de coerção	Comunicação	Total
Idade da primeira menstruação (correlação de Spearman)	0,03 (p = 0,697)	0,00 (p = 0,961)	-0,06 (p = 0,506)	0,02 (p = 0,076)
Último exame preventivo				
Nunca fez/> 2 anos	2,38 ± 0,36	1,91 ± 0,41	2,04 ± 0,48	2,09 ± 0,26
≤ 2 anos	2,42 ± 0,33	1,88 ± 0,52	1,86 ± 0,49	2,03 ± 0,33
*Valor de p	0,593	0,727	0,024	0,381
Relação sexual nos últimos 12 meses				
Não	2,45 ± 0,34	1,84 ± 0,47	2,19 ± 0,43	2,14 ± 0,30
Sim	2,39 ± 0,35	1,90 ± 0,47	1,91 ± 0,49	2,05 ± 0,30
*Valor de p	0,480	0,501	0,008	0,147
Participação em grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses				
Não	2,40 ± 0,35	1,90 ± 0,46	1,96 ± 0,48	2,07 ± 0,29
Sim	2,39 ± 0,31	1,85 ± 0,54	1,85 ± 0,57	2,00 ± 0,34
*Valor de p	0,607	0,762	0,288	0,792
Utilização de método para evitar gravidez				
Não	2,38 ± 0,39	1,94 ± 0,45	2,11 ± 0,43	2,13 ± 0,27
Sim	2,42 ± 0,30	1,85 ± 0,49	1,79 ± 0,49	1,99 ± 0,31
*Valor de p	0,879	0,220	< 0,001	0,008
Já ficou grávida				
Não	2,44 ± 0,32	1,90 ± 0,39	2,11 ± 0,40	2,13 ± 0,24
Sim	2,39 ± 0,35	1,90 ± 0,49	1,91 ± 0,50	2,04 ± 0,31
*Valor de p	0,542	0,834	0,044	0,180

Nota: Os valores são expressos como média ± desvio-padrão; * Teste de Mann-Whitney.

Na primeira subescala (Tomada de decisão), os escores variam de 1 a 3, e as mulheres do estudo apresentaram um escore médio de 2,40, resultado próximo ao maior escore (3) e ao valor do estudo realizado pelas autoras da escala de autonomia reprodutiva com mulheres americanas (2,46)⁽¹⁶⁾. Isso demonstra bom desempenho das participantes do estudo no que se refere à tomada de decisão.

A variação das subescalas “ausência de coerção” e “comunicação” é de 1 a 4, e as mulheres apresentaram média de 1,90 e de 1,95 respectivamente, apontando uma maior autonomia na subescala de comunicação do que na de ausência de coerção. No estudo americano, o escore da ausência de coerção foi de 3,57 e o da comunicação foi de 3,53⁽¹⁶⁾, o que demonstra maior autonomia das americanas nesses aspectos quando comparadas às participantes do presente estudo. O perfil socioeconômico pode determinar diferenças encontradas, pois as mulheres do estudo são mais velhas, em sua maioria casadas e de baixa escolaridade, em relação às mulheres do estudo original.

As condições socioeconômicas são determinantes na autonomia reprodutiva das mulheres, sobretudo diante das condições de vida em que estão inseridas e da falta de oportunidades que muitas vezes as conduzem a seguir um fluxo comum de casamento e constituição familiar, especificamente aquelas com menor escolaridade e menor poder aquisitivo. Com isso, populações desfavorecidas também experimentam níveis mais altos de gravidez indesejada⁽¹⁸⁾.

No estudo realizado com as americanas para construção da escala de autonomia reprodutiva, as mais jovens tiveram maior autonomia nos constructos “ausência de coerção” e “comunicação” que as mulheres de baixa escolaridade (ensino fundamental); e as negras apresentaram menor autonomia na ausência de coerção e comunicação⁽¹⁶⁾.

A influência das características sociodemográficas no acesso das mulheres aos exames preventivos de saúde determina a exposição das mulheres negras ao acesso desqualificado aos serviços de saúde. Isso pode ser observado também entre as quilombolas, que apresentam dificuldades de acesso aos exames preventivos incluídos no rol de atendimento do programa de atenção à mulher⁽¹⁰⁾.

Estudo com objetivo de identificar as barreiras percebidas pelas mulheres da Nicarágua para acessar cuidados de saúde reprodutiva mostrou que a violência contra as mulheres, o machismo, as críticas de outros e a falta de comunicação e educação limitam a capacidade delas de tomar suas próprias decisões de saúde reprodutiva. Evidenciou também que elas tinham um desconhecimento generalizado sobre direitos reprodutivos⁽¹⁹⁾.

Adicionalmente, em um ensaio clínico randomizado, a simples discussão sobre coerção reprodutiva entre as clientes do planejamento familiar, perguntando se elas vivenciam esse fato e oferecendo aconselhamento sobre maneiras de minimizar o risco de interferência do parceiro com a contracepção, resultou em uma probabilidade 60% maior de essas mulheres acabarem com relações inseguras ou não saudáveis em um período de três a seis meses, em comparação com o grupo-controle⁽²⁰⁾.

Os dados indicaram associação da autonomia reprodutiva com a situação conjugal no constructo “tomada de decisão”. As mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior autonomia nesse constructo, enquanto, no estudo americano, estar casada foi associado a ter um maior nível de autonomia na subescala de comunicação e um menor nível de autonomia na subescala de tomada de decisão⁽¹⁶⁾.

As relações familiares marcadas pelo patriarcado revelam a submissão da mulher ao marido em diversos aspectos da vida a dois, o que na maioria das vezes evidencia a falta de autonomia nas decisões reprodutivas. 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⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado na capital baiana apontou a dependência financeira como fator determinante na autonomia e na liberdade de escolha das mulheres, visto que a ocorrência de gravidez não planejada foi mais prevalente entre as donas de casa, portanto entre aquelas com dependência financeira de seus parceiros ou de familiares⁽⁷⁾.

A não realização do exame preventivo nos últimos dois anos, a ausência de relações sexuais nos últimos 12 meses, o não uso de contraceptivos e o fato de nunca ter estado grávida, variáveis que na análise demonstraram maior autonomia no constructo “comunicação”, são características comuns às mulheres que não possuem companheiro.

Assim, a situação conjugal apresentou-se como fator sociodemográfico determinante na autonomia reprodutiva de quilombolas, bem como as características sexuais e reprodutivas relacionadas à condição marital. A crença na fidelidade do companheiro e/ou

a imposição do marido leva muitas mulheres a não acessarem os serviços preventivos e de saúde sexual e reprodutiva.

Também houve associação entre o uso de contraceptivos e a autonomia reprodutiva global: as mulheres que não faziam uso de métodos contraceptivos apresentaram maior autonomia em relação àquelas que os utilizavam.

A maioria das mulheres que disseram não fazer uso de contraceptivos justificou tal prática por terem sido submetidas à ligadura das trompas. Desse modo, infere-se que a escolha por um método definitivo (ligadura das trompas) demonstra maior autonomia da mulher pelo seu corpo.

Contudo, vale destacar que muitas mulheres negras foram conduzidas às ligaduras em massa, convencidas por um discurso de inclusão, acesso ao serviço e melhorias de saúde, quando na verdade a ação era motivada pela política do branqueamento e pelo cercear da autonomia reprodutiva das mulheres negras⁽²¹⁾.

Desse modo, diante de um cenário real de fragilidade da assistência à saúde, da educação, do acesso à informação, acentuada por questões raciais, e do distanciamento de comunidades vulneráveis a uma saúde íntegra e equânime, destaca-se a necessidade eminente de ações que fortaleçam a promoção da saúde⁽²²⁾.

Limitações do estudo

Uma limitação identificada relacionou-se com o fato de que o quantitativo reduzido de pesquisas voltadas à temática em questão impossibilita a discussão direcionada especificamente às quilombolas. Assim, faz-se necessário que novos estudos ampliem o conhecimento nessa área, sobretudo na investigação de outros aspectos ligados à autonomia reprodutiva de mulheres negras/quilombolas.

Contribuições para a Área

As contribuições desse estudo direcionam-se aos profissionais de saúde, em especial à Enfermagem, que tem forte ligação com populações vulneráveis, como os remanescentes de quilombos; servem também a outras áreas e políticas públicas, enquanto suporte para planejar e executar ações estratégicas com vistas ao alcance da autonomia feminina e rompimento das desigualdades, estas que as mulheres, notadamente as negras, vivenciam.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, é possível concluir que: a vida em união estável (casada/com companheiro) impactou negativamente a autonomia reprodutiva relacionada à “comunicação” das mulheres quilombolas; a autonomia reprodutiva relacionada à “ausência de coerção” não foi influenciada por fatores sociodemográficos e reprodutivos; a realização de exame preventivo, atividade sexual, utilização de método para evitar gravidez e experiência gestacional foram fatores associados à maior autonomia reprodutiva no constructo “comunicação”; mulheres quilombolas que fazem uso de método contraceptivo apresentaram menor autonomia reprodutiva total.

A realidade das participantes do estudo converge com a literatura no que tange à interferência de fatores sociodemográficos e reprodutivos na autonomia reprodutiva de mulheres

negras. O predomínio de baixa escolaridade, baixa renda e certa dependência do parceiro dificulta o controle da mulher sobre seu corpo, condição essencial à autonomia reprodutiva.

As políticas públicas voltadas para as mulheres devem promover melhores condições sociais, educacionais, de renda e trabalho, acesso integral e equitativo aos serviços de saúde, livres de discriminações de gênero, raça e classe. Ademais, o planejamento e

execução de ações de saúde que favoreçam a autonomia feminina são essenciais na prática profissional.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pela bolsa de doutorado concedida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
2. Garbers S, Meserve A, Kottke M, Hatcher R, Chiasson MA. Contraceptive history, unintended pregnancy, and contraceptive method choice among urban low-income women. *J Womens Health*. 2013;22(11):930–7. doi: 10.1089/jwh.2013.4247
3. Levandowski BA, Kalilani-Phiri L, Kachale F, Awah P, Kangaude G, Mhango C. Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: the role of stigma. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;118:5167–71. doi: 10.1016/S0020-7292(12)60017-4
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo: cidades [Internet], 2010 [cited 2019 ago 02]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/palmas-de-monte-alto/pesquisa/23/26170?detalhes=true>
5. Scavone L. Dossiê: aborto, objeto da pesquisa social. *Estud Sociol* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 02];17 (32):15-9. Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4925/4114>
6. Sousa JJ. Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas. [Dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2011.
7. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):415–22. doi: 10.1590/S0103-21002012000300015
8. Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup A (Ed.). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization, 2010. p. 177-197.
9. Almeida MS, Coelho EAC, Sobral PHAF, Castro LSA. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com história de aborto. *Rev Baiana Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 02];29(4):296. Available from: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14426>
10. 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
11. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde e Soc*. 2016;25(3):602–18. doi: 10.1590/s0104-129020162627
12. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Cien Saude Colet*. 2014;19(11):4535–44. doi: 10.1590/1413-812320141911.15642013
13. 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.
14. Fundação Cultural Palmares. Comunidades remanescentes de quilombos [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 02]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>
15. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cien Saude Colet*. 2014;19(6):1835–47. doi: 10.1590/1413-81232014196.01992013
16. 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
17. 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
18. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84(5):478–85. doi: 10.1016/j.contraception.2011.07.013
19. Luffy SM, Evans DP, Rochat RW. “Siempre me critican”: barriers to reproductive health in Ocotol, Nicaragua. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 02];37(4–5):245–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208192>
20. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. A family planning clinic partner violence intervention to reduce risk associated with reproductive coercion. *Contraception*. 2011;83(3):274–80. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.013
21. Damasco MS, Maio MC, Monteiro S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Rev Estud Fem*. 2012;20(1):133–51. doi: 10.1590/S0104-026X2012000100008
22. Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03451. doi: 10.1590/s1980-220x2018007703451