Revista Macambira

A invisibilidade das decisões sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem e trabalham no contexto rural

Claudia Suely Barreto Ferreira[1*], **Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes**[2], **Flávia Karine Leal Lacerda**[3]

RESUMO

O estudo analisa como se dão as decisões sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem e trabalham no contexto rural. Trata-se de um estudo descritivo com triangulação de dados, com abordagem qualitativa, realizado com 31 mulheres que residem no contexto rural dos estados nordestinos brasileiros. A técnica de coleta adotada foi a entrevista em profundidade, com suporte de roteiro do tipo semiestruturado. A análise foi do tipo lexical, com o auxílio do *software* estatístico *Iramuteq*. As classes lexicais versam sobre as dificuldades para a realização de exames fundamentais para a saúde feminina, mamografia e exame citopatológico do colo do útero, bem como para acessar aos métodos contraceptivos nos serviços de saúde pública, além da influência dessa dificuldade nas decisões reprodutivas e em suas consequências. Já a análise de similitude aponta para as interferências de papéis atribuídos socialmente a essas mulheres como uma questão central em suas decisões sexuais e reprodutivas. Evidenciou-se que as tomadas de decisões sexuais e reprodutivas femininas têm sido inviabilizadas, visto que os cuidados dispensados pela saúde pública refletem o aprisionamento dos corpos femininos por meio da medicalização dos ciclos reprodutivos e da invisibilização desses corpos no que tange aos desejos sexuais pautados numa vida sexual saudável, e livre de condutas pré-estabelecidas, englobando as diversidades etárias.

Palavras-chave: População rural. Saúde sexual. Saúde reprodutiva. Mulheres. População vulnerável.

The invisibility of sexual and reproductive decisions of women who live and work in rural contexts

ABSTRACT

The study analyzes how sexual and reproductive decisions are made by women who live and work in a rural context. This is a descriptive study, using data triangulation and a qualitative approach, conducted with 31 women from rural regions in the northeastern states of Brazil. Data collection was carried out through in-depth interviews, supported by a semi-structured script. Lexical analysis, supported by the Iramuteq statistical software, was used for data interpretation. The lexical classes deal with the difficulties in carrying out essencial exams for female health, such as mammography and cytopathological examination of the cervix, as well as accessing contraceptive methods in public health services. In addition, these challenges influence reproductive decisions and their consequences. The similarity analysis points to the interference of social assigned roles attributed to these women as a central issue in their sexual and reproductive decisions. It became evident that female sexual and reproductive decision-making has been made unfeasible since the care provided by public health reflects the imprisonment of female bodies through the medicalization of reproductive cycles and the invisibilization of these bodies in terms of sexual desires based on a healthy sexual life, free from pre-established behaviors, encompassing age diversity.

[1] Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS (Departamento de Saúde- DSAU). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/ Cuidado – NUPEC. Feira de Santana, Bahia, Brasil. Endereço para correspondência: Avenida Transnordestina s/n, Novo Horizonte, Feira de Santana – Bahia, CEP:44036-900. ORCID: http://orcid.org/0000-0002-9801-09169. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7394161691544145. *Autora correspondente: csbferreira@uefs.br.

[2] Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia – UNEB (Departamento de Educação/ CAMPUS XII). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa sobre Mulher, Gênero e Saúde - GPSMS - UNEB. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8302-6887. Lattes: http://lattes.cnpq.br/ 0033562409950075.

[3] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia -UFBA. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Lattes: http://lattes.cnpq.br/ 3478524260700831.

ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

Keywords: Rural population. Sexual health. Reproductive health. Women. Vulnerable population.

La invisibilidad de las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres que viven y trabajan en contextos rurales

RESUMEN

El estudio analiza cómo toman decisiones sexuales y reproductivas las mujeres que viven y trabajan en un contexto rural. Se trata de un estudio descriptivo con triangulación de datos, con enfoque cualitativo, realizado con 31 mujeres que viven en el contexto rural de los estados del nordeste brasileño. La técnica de recolección adoptada fue la entrevista en profundidad, apoyada en un guión semiestructurado. El análisis fue léxico, con ayuda del software estadístico Iramuteq. Las clases de léxico abordan las dificultades para la realización de exámenes fundamentales para la salud femenina, mamografía y examen citopatológico del cuello uterino, así como el acceso a métodos anticonceptivos en los servicios públicos de salud, además de la influencia de esta dificultad en las decisiones reproductivas y sus consecuencias. El análisis de similitud apunta a la interferencia de roles socialmente atribuidos a estas mujeres como cuestión central en sus decisiones sexuales y reproductivas. Se hizo evidente que la toma de decisiones sexuales y reproductivas femeninas se ha vuelto inviable toda vez que la atención brindada por la salud pública refleja el aprisionamiento de los cuerpos femeninos a través de la medicalización de los ciclos reproductivos y la invisibilización de estos cuerpos en términos de deseos sexuales basados en una sana relación sexual. vida, libre de conductas preestablecidas, abarcando la diversidad de edades.
Palabras clave: Población rural. Salud sexual. Salud reproductiva. Mujer. Población vulnerable.

INTRODUÇÃO

Este manuscrito se desenvolve a partir do questionamento sobre quais fatores influenciam as decisões sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem e trabalham no contexto rural e integrantes de movimento social feminista. Apresentamos como pressuposto que mulheres participantes de movimentos sociais, que se autodenominam feministas, e que lutam pela efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos, possuem maior possibilidade de sofrer coerção das suas parcerias e dificuldades associadas ao acesso aos serviços de saúde, fatores potencialmente limitantes às suas decisões sexuais e reprodutivas

As mulheres organizadas no Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Nordeste (MMTR-NE) vivem um processo histórico de mobilização e articulação por meio de grupos de interesses, organizando experiências de agroecologia em busca de melhores condições de vida e saúde, sendo o direito à saúde reprodutiva, uma das reivindicações desse movimento. A organização das referidas trabalhadoras rurais, por meio dos grupos de estudo de gênero, as envolve em teias de enfrentamento à estrutura de dominação masculina.

Tais aspectos sugerem o empoderamento dessas mulheres, o que pode influenciar em suas escolhas reprodutivas e sexuais, favorecendo o exercício da autonomia e traçando trajetórias passíveis de reduzir as desigualdades de gênero.

Direito reprodutivo é o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção e violência (Corrêa, 2004). Outrossim, as garantias que asseguram esses direitos passam pela atenção integral à saúde, sendo uma potencialidade para propiciar condições de tomar decisões baseadas em sua autonomia, o que implica em acesso à

ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

informação de qualidade, a insumos adequados às suas necessidades e segurança diante das decisões tomadas.

Os direitos sexuais e reprodutivos da pessoa humana, como uma questão de saúde pública, envolvem:

> O Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a); direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual; direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito de expressar livremente sua orientação sexual; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva; direito das pessoas de decidirem, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos (Brasil, 2006).

A autonomia sexual e reprodutiva inclui o direito à integridade corporal, o direito individual de viver a sexualidade de forma plena e satisfatória, sem sofrer coerção reprodutiva, violência ou criminalização (Galli; Rocha, 2014), bem como sem barreiras culturais, legais e morais acerca dos comportamentos sexuais e reprodutivos.

As decisões sexuais e reprodutivas estão respaldadas, sobretudo, pelos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na lei Constitucional Cidadã[4], e quando estes são respeitados, as possibilidades femininas de uma vida sexual e reprodutiva saudável aumentam consideravelmente.

Alguns aspectos chamam a atenção ao refletir sobre a temática, tais como as possibilidades de decisões sexuais e reprodutivas serem pautadas livres da coerção masculina em uma sociedade em que a desigualdade de gênero ainda é dominante, principalmente no contexto rural. Acreditamos ser fundamental a ampliação do debate sobre decisões sexuais e reprodutivas, entendendo as particularidades vivenciadas na zona rural, sobretudo no que tange ao acesso aos serviços de saúde pública nesse âmbito do cuidado à saúde feminina.

No que tange ao monitoramento da saúde reprodutiva das mulheres que vivem na zona rural do Brasil e encontram-se na fase adulta, identifica-se em estudos anteriores (Ferreira, 2009; Amorim; Silva; Carvalho, 2019; Moura *et al*., 2010) que o pouco acesso à informação, o casamento precoce e a falta de poder de decisão das mulheres casadas ou em união estável são os fatores que mais expõem mulheres ao risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), da gravidez indesejada e do aborto inseguro.

[4] Sétima versão de conjunto de Leis nominada Constituição e que nessa versão recebeu o nome de Constituição Cidadã, devido a sua função de dar voz a uma sociedade em fase de mudança. (Brasil, 1988).

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

Buscando reduzir as lacunas existentes nos estudos científicos que tratam a subjetividade de mulheres no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, pensando nos desafios e tabus presentes na realidade da organização social rural feminina e na importância de possibilitar maior visibilidade às suas vivências, temos como objetivo neste estudo analisar como se dão as decisões sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem e trabalham no contexto rural, sendo essas mulheres integrantes do MMTR-NE.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter descritivo, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa credenciado sob o parecer nº 4.380.158. Todas as participantes assentiram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o consentimento formal das participantes, foi aplicado um questionário inicial para a obtenção de dados relacionados ao perfil sexual e reprodutivo das participantes.

Devido à emergência em saúde pública ocasionada pela pandemia de Sars-Cov-2/covid-19, o cenário deste estudo foi virtual. Participaram do estudo 31 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão: estar associada ao MMTR-NE há, pelo menos, dois anos, trabalhar e residir na zona rural de um dos seguintes estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e ter acima de 18 anos. Foram excluídas do estudo todas aquelas que possuíam convênio privado de saúde.

Os dados foram gerados por meio de entrevistas em profundidade, utilizando-se como suporte roteiro composto por questões abertas e semidiretivas. As entrevistas ocorreram entre janeiro e março de 2021, por meio do aplicativo *Google Meet*, com duração média de 90 minutos gravadas, armazenadas em repositório digital e transcritas na íntegra.

A aproximação foi feita mediante contatos por e-mail e telefone com as coordenadoras regionais do movimento, momento em que explicamos os objetivos da pesquisa e recebemos o aval formal para iniciá-la. Após a primeira entrevista, as demais ocorreram por meio do método bola de neve (Vinuto, 2014), no qual uma participante indica as demais mulheres elegíveis ao estudo. As entrevistas ocorreram sem desistências das participantes indicadas subsequentemente.

As informações oriundas das falas foram transcritas em documento no programa *Microsoft Word* (versão 2019), de modo que também foram feitas notas no texto, para que todas as informações, inclusive as da comunicação não verbal, fossem captadas, permitindo, assim, o enriquecimento e a preservação da essência dos relatos das participantes. Os dados

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

foram analisados pela técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009), seguindo as etapas de pré-análise, exploração de material e exploração de resultados.

Utilizou-se como suporte de análise o uso do *software Iramuteq* que capta agrupamentos e realiza as classificações lexicais, cabendo às pesquisadoras rastrearem os sentidos das classes formadas, nomeá-las e realizar a análise dos conteúdos com base na distribuição e associação dos léxicos (Ferreira *et al*., 2017).

Os resultados estatísticos textuais foram constituídos a partir de 31 textos, que conformaram 457 segmentos, 22.710 coocorrências e 81,07% de aproveitamento. Os resultados gerados a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e da Árvore de Similitude, foram analisados e interpretados à luz do referencial teórico adotado na pesquisa, configurando-se na triangulação de dados, o que corroborou para o aprofundamento e validação dos resultados.

RESULTADOS

O perfil sexual e reprodutivo das participantes denota que 74% delas fazem uso exclusivo do serviço público de saúde, 29% possuem mais de 4 filhos, 71% já realizaram o exame de mamografia em algum momento de suas vidas, 35% referem que faz mais de um ano desde o último esfregaço cervicovaginal. No que concerne aos métodos contraceptivos, 42% das entrevistadas relataram que realizaram laqueadura e 26% referem-se ao uso da pílula anticoncepcional.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) nos permitiu identificar os segmentos de textos característicos da classe geradora da discussão pertinente à categoria denominada “A invisibilização da saúde sexual e reprodutiva feminina nos seus diversos ciclos de vida”, que foi conformada de acordo com a frequência das palavras que apareceram nas entrevistas (Figura 1).

As classes lexicais versam sobre as dificuldades para a realização de exames fundamentais para a saúde feminina e para acessar os métodos contraceptivos nos serviços de saúde pública. Essas classes lexicais correspondem, respectivamente, a 19,3% e 22,1% desse *corpus* textual e somadas correspondem a 41,4%.

A coocorrência de palavras ao serem analisadas, no contexto em que se inserem nas entrevistas, denota as dificuldades enfrentadas por essas mulheres para a realização de exames de mamografia e exame citopatológico do colo do útero, referidos pelas participantes como os mais importantes para a saúde feminina nos seus diversos ciclos de vida. As dificuldades relacionadas à aquisição de métodos contraceptivos adequados e à influência dessa

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

dificuldade, nas decisões reprodutivas, bem como suas consequências, também foram ressaltadas.

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD**).**



Fonte: Elaborada pelas autoras

A análise de similitude, neste estudo, direciona nosso olhar a duas palavras com elevada evocação, “Gente” e “Mulher”.

O elemento lexical ‘Gente’ dirige a atenção para as participantes do estudo, e tem suas ramificações direcionadas aos termos lexicais falar, companheiro, casa, conseguir, trabalhar, corpo, precisar e comunidade, o que aponta para as interferências de papéis atribuídos socialmente a essas mulheres como uma questão central em suas decisões sexuais e reprodutivas.

No contexto das entrevistas, já havia sido percebida a importância da comunicação com os companheiros no sentido de autenticação de decisões nesse âmbito. O trabalho reprodutivo e domiciliar é enfatizado como fatores dificultadores para a tomada de decisões sexuais e reprodutivas, bem como questões culturais e sociais, apesar do entendimento dessas mulheres correlacionado à importância da autonomia e do empoderamento feminino.

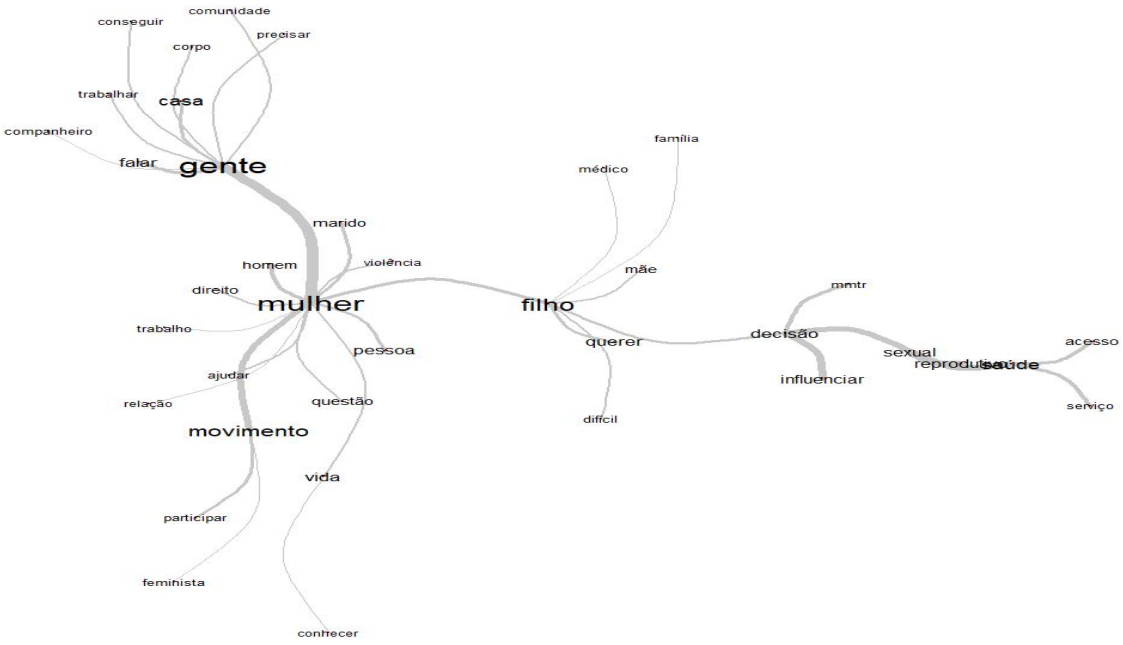
O elemento lexical “Mulher” possui suas ramificações direcionadas para os termos lexicais: violência, marido, direito, ajudar, participar, movimento, feminista, questão, vida, conhecer, filho, decisão, sexual e reprodutiva. As ramificações que denotam os termos lexicais violência e marido estão em direções opostas àquelas que enfatizam o papel do MMTR-NE, que se associa ao conhecimento das questões vivenciadas no cotidiano, numa

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

perspectiva feminista. Há forte evocação do termo direito, que faz referência aos direitos femininos conquistados e aos que precisam ser alcançados.

É possível identificar que a referência ao termo médico surge como uma ramificação do termo "Mulher" e traz no contexto das falas uma visão de serviço de saúde médico-centrada, e, portanto, às dificuldades relacionadas ao atendimento médico e ao acesso aos serviços especializados de saúde, e são entendidas como fatores dificultadores para o planejamento familiar e exames considerados fundamentais para a saúde reprodutiva feminina.

Figura 2. Árvore de similitude.



Fonte: Elaborada pelas autoras

DISCUSSÕES

A invisibilização da saúde sexual e reprodutiva feminina nos seus diversos ciclos de vida é evidenciada quando as decisões femininas nesse âmbito são vinculadas e codependentes a aspectos sociais, econômicos, de saúde pública e relacionais de gênero. As formas de regulação do Estado nacional moderno tendem a prescrever uma idade "certa" para cada participação ou pertinência social dos indivíduos havendo uma ideia impositiva de realização pessoal sobrepujando à dos ciclos de vida (Motta, 2010). A sexualidade está presente em todo o ciclo vital, independentemente de faixa etária, gênero, orientações sexuais ou quaisquer outras estratificações clínicas e sociais (Souza Júnior *et al*., 2022) .

Existe uma normatização social e de saúde pública que indica que para as mulheres idosas, sobretudo em situação de vulnerabilidade, como as que vivem na zona rural, negras e

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

com baixa renda, os cuidados são protelados, e quando ocorrem são direcionados para doenças crônicas adquiridas ao longo da vida. A discussão sobre sexualidade para idosas é invisibilizada. Há uma redução da vida sexual feminina à idade reprodutiva, o que leva a entender que mulheres idosas dispensam os cuidados de saúde relacionados à sexualidade.

Os serviços dispensados às mulheres no âmbito da saúde pública são voltados para a saúde reprodutiva feminina. Existe, neste estudo, uma identificação de um padrão etário para os cuidados dispensados na Atenção Básica dos municípios estudados que ratifica esse achado.

No que concerne aos métodos contraceptivos, o padrão recorrente é aquele em que mulheres com idade entre 25 e 40 anos fazem o uso do anticoncepcional oral. As que possuem idade acima de 35 anos, apesar de fazerem uso deste método contraceptivo, relatam o desejo do uso do DIU, o que é dificultado pelo serviço público de saúde. E as que possuem idade acima de 50 anos passaram pelo processo de laqueadura tubária, por motivos associados às condições socioeconômicas e facilitações desse tipo de procedimento que ocorreram no país na década de 90.

Nesse contexto, Cabral (2017, p. 1100) infere:

> [...] é estabelecido um padrão biomédico hegemônico, em que os métodos contraceptivos são prescritos como ideais para cada fase da trajetória sexual: onde preservativo são indicados no início dos relacionamentos afetivo-sexuais, quando a relação se estabiliza passa-se a utilizar a pílula e o término vida reprodutiva é caracterizado pela utilização do DIU, ou como percebido no nosso estudo pela laqueadura tubária.

Os dados revelam que 42% das mulheres entrevistadas para este estudo realizaram laqueadura como método contraceptivo. É possível identificar nas falas das participantes a reafirmação da laqueadura como método contraceptivo de escolha, mesmo que essa escolha tenha sido direcionada por profissionais de saúde, que orientaram sobre possíveis riscos de saúde em casos de opção por mais filhos. Segundo as narrativas dessas mulheres, outra vertente de convencimento dos profissionais de saúde versava sobre as facilidades para conseguir a cirurgia.

> **Ipê**: *Fiz laqueadura no último filho, eu tinha 26 anos, a enfermeira disse para eu ter cuidado, que era arriscado eu morrer de parto, eu já tinha 5 filhos, aí ela conseguiu tudo pelo SUS.*

O procedimento de laqueadura tubária, no Brasil, foi muito utilizado na década de 90 (Vieira; Souza, 2009; Roland, 1995), como uma prática de esterilização em massa, em que os critérios para a indicação do procedimento por profissionais de saúde pública estavam associados à classe e raça da mulher. Nesse contexto, Carneiro (2003) relembra que “as

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

discussões referentes a esterilização/laqueadura ocuparam lugar privilegiado durante anos na vida das mulheres negras, o que fez incitar campanhas contra o procedimento em função dos altos índices que esse fenômeno adquiriu no Brasil".

Observa-se que laqueadura tubária se torna um método interessante para mulheres de baixa renda, devido à dificuldade de disponibilização de opções diversificadas de métodos contraceptivos no sistema de Saúde Pública.

> **Guarujá**: *Eu não me dava com o preservativo que recebia no Posto, comprimido não me dava, o DIU não tive condições de botar e foi aquela coisa sabe? Por exemplo, usava comprimido aí quando eu pensava que estava bem já estava grávida, aí comecei a usar a injeção, aí não sei se foi errado ou se não foi, sei que engravidei novamente, o certo mesmo foi a ligadura. Liguei com 27 anos e já tinha meus 7 filhos vivos e o pessoal lá da saúde me deu a oportunidade de ligar.*

A esterilização como método contraceptivo ocorre de forma mais proeminente na região Nordeste há décadas, e o grande fornecedor de esterilizações nessa região tem sido o Estado, por meio de hospitais estaduais e municipais (Barbosa; Facchini, 2009). Nesse mesmo estudo, a autora expõe que as motivações para a realização da laqueadura estão implícitas no contexto social que envolve a posição da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal e a política de saúde pública (Foucault, 1989)

As participantes da pesquisa reafirmam poder decisório sobre seus corpos, mesmo quando precisaram de autorização dos respectivos maridos para realizar laqueadura[5], ou quando relataram que, apesar do aconselhamento de profissional de saúde no que tange à adesão de realização deste procedimento como método para o planejamento reprodutivo, a decisão final foi tomada pelas próprias mulheres. É interessante perceber que esse discurso acontece mesmo quando essas mulheres relatam uso de outros métodos como a pílula em circunstâncias de falta de opção no posto de saúde e falta de condição financeira para comprar outros métodos.

Neste estudo, uma porcentagem de 77% das mulheres afirmou que o método contraceptivo usado foi escolhido por elas e 26% das participantes narraram que a escolha inicial foi do profissional de saúde, mas que elas corroboraram com essas escolhas e optaram pelo método em questão. Essas afirmativas, são pontuadas diante das possibilidades financeiras e de opção disponível no sistema público de saúde.

[5] O Projeto de Lei 1941/2022 altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Não havendo mais necessidade de autorização de cônjuge para a realização do procedimento.

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

O corpo social surge a partir da materialidade do poder se exercendo sobre o corpo dos indivíduos (Foucault, 1989). Essa tentativa de controle do corpo feminino, a partir da coerção pode ser exemplificada na narrativa abaixo:

> **Orquídea**: *Muitos homens, aqui na zona rural, não permitem que a mulher use métodos anticoncepcionais, a mulher vai parir pelo resto da vida, mas não usa método, porque eles acreditam que se elas usarem vão acabar traindo, vão usar com outros homens e eles perderão o controle.*

As influências do patriarcado são evidentes quando mulheres se sentem pressionadas pelos companheiros, e essa coerção é ratificada pela normatização de papéis ditos de gênero, em que o masculino pode intervir diretamente nas decisões correlacionadas ao corpo feminino. A biomedicina, por meio dos profissionais de saúde, também é passível de exercer a heteronomia, sobre as decisões femininas, o que acarreta incentivo às mulheres em, por exemplo, assumir todas as responsabilidades relacionadas à contracepção.

Corroborando com a identificação da responsabilização feminina de forma excessiva quando se trata de prevenção à gravidez, neste estudo, a segunda opção mais citada foi o anticoncepcional oral. Convém ressaltar que esse método é também o mais comumente disponibilizado nos serviços de saúde de atenção primária e o mais acessível financeiramente. Góes (2018) sinaliza que as mulheres exercem seus direitos reprodutivos de forma restrita e conturbada, como resultado das dificuldades de acesso continuado aos serviços, do limitado espectro de métodos e de sua provisão irregular.

> **Malva**: *A pílula não era o método que eu queria, mas era a opção que eu tinha. A enfermeira aqui do postinho, faz consultas de planejamento familiar, ela mostra os vários métodos de evitar gravidez, mas nem sempre os métodos estão disponíveis. O máximo que tem é a pílula e quando tem, além disso, a pílula é o único que eu posso comprar, porque é o mais barato.*

A ideia de delegar ao médico a tarefa de escolha de um método contraceptivo minimiza a autonomia reprodutiva da mulher, capaz de avaliar e decidir a alternativa contraceptiva que melhor lhe atende (Foucault, 1989). Essa decisão cabe à mulher, pois o papel do profissional de saúde é garantir que a escolha do método seja informada, inclusive sobre os possíveis riscos e a eficácia do contraceptivo.

O processo de escolha informada na regulação da fecundidade baseia-se nos princípios de proporcionar bem-estar às pessoas, quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão (Brandão, 2019). Quando profissionais de saúde tentam interferir nesse poder decisório, há desrespeito aos direitos da mulher que está sendo assistida pelo serviço de saúde.

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

Nota-se que, apesar do anticoncepcional oral ser um método bastante usado, os efeitos colaterais são inúmeros. Além disso, o preservativo masculino é o método com maior eficácia na proteção contra as IST´s, o que é essencial para a saúde sexual feminina.

Outra questão latente nesse estudo perpassa pela dificuldade correlacionada à compreensão dos homens sobre sua responsabilidade no que diz respeito à anticoncepção – entende-se que homens e mulheres têm igual teor de responsabilidade nesse quesito. O fato de a mulher gestar não impõe a ela responsabilidade maior. Quando se trata do uso de preservativo masculino, deve-se ter a clareza das responsabilidades inerentes ao uso contínuo do preservativo, pois esse é o método que possui capacidade de 90-95% de prevenir as mais diversas IST´s, o vírus HIV e a gravidez.

> **Guarujá**: *Meu marido nunca usou camisinha, na minha época era só as mulheres que eram responsáveis pela prevenção, a gente não tinha conhecimento. Eu não sabia nem o que era uma camisinha, eu fui saber numa atividade do MMTR-NE, quando mulheres fizeram aquelas representações, ensinando sobre os métodos. E eu pensava "Meu Deus, o que diacho é isso?" e aí disseram é a camisinha.*

Há um entendimento disseminado na sociedade de que apenas as mulheres precisam ser motivadas para a prática contraceptiva porque somente elas engravidam, obscurecendo-se que a gravidez é um fato social, não restrito à dimensão biológica. Para Cabral (2017), os homens se tornaram espectadores passivos das decisões contraceptivas. Essa excessiva responsabilização feminina no aspecto contraceptivo desresponsabiliza a participação masculina nesse processo, que não é dissociado do exercício sexual de ambos os gêneros.

A decisão sobre o uso de métodos contraceptivos é também um exercício de autonomia sexual, pois o uso de métodos pode ser correlato ao prazer sexual, sem que as questões relacionadas às IST's e gravidezes inoportunas estejam em ênfase. Para as mulheres com vida sexual ativa, as circunstâncias de relações de gênero, moralidades sexuais, interações familiares, situação de classe, dimensões religiosas e aspectos geracionais se interpõem e são imprescindíveis diante de decisões sexuais e reprodutivas femininas (Cabral, 2017).

Medidas preventivas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva feminina incluem a realização de exames correlacionados a essas funções reprodutivas e sexuais femininas, sendo essenciais na prevenção de enfermidades que acometem essas funções.

Neste estudo, 29% das participantes relataram que nunca realizaram ou realizaram o exame mamográfico em um período maior que dois anos. No que diz respeito ao teste de

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

esfregaço cérvicovaginal, 35% das entrevistadas relatam mais de um ano desde o último exame, e 23% menos de um ano.

Diógenes *et al*. (2011) ressaltam que a sobrecarga do cotidiano, dificuldades na relação entre profissional e usuária, precarização da educação em saúde e barreiras organizacionais existentes no serviço de saúde podem se configurar em desmotivações femininas para a realização do teste de esfregaço cérvicovaginal. Algumas questões similares apareceram neste estudo, e dentre elas, a que possui maior destaque nas narrativas das participantes refere-se às questões organizacionais, tais como dificuldade para marcar o exame, devido à alta demanda e poucos profissionais, falta de materiais para realização do exame e de retorno após realização deste.

> **Helicônia**: *O PSF fica a maior parte do tempo fechado, começa a funcionar na terça e quinta, já não abre mais. No dia que tem exame de lâmina, o atendimento começa 10 horas e meio-dia fecha, aí como é que vai atender à demanda? Como é que tem 20 mulheres para ser atendida ali, e o profissional tem duas horas?*

Para que o rastreamento do câncer de colo de útero ocorra adequadamente, faz-se necessário a provisão adequada de materiais com o intuito de fornecer o serviço de forma apropriada. As questões relacionadas à fragmentação do atendimento à saúde feminina e à falta de atenção às singularidades de mulheres diversas também foram apontadas neste estudo.

No que concerne às dificuldades relacionadas à realização do exame mamográfico, observa-se:

> **Orquídea**: *No caso da mamografia você tem a campanha, todo mundo veste rosa no Outubro Rosa, e você só tem isso. Deveria ser um mês dedicado a trazer conhecimento para a mulher sobre a importância desse exame, e que esta mulher tivesse oportunidade de realizá-lo, porém isso não acontece, fazem palestras, segundo os profissionais de saúde, de incentivo, mas quando eu te incentivo a buscar algo, eu tenho que sinalizar onde você vai conseguir realizar e isso não acontece.*

Oliveira *et al.* (2024) observam que municípios de pequeno porte, nas áreas rurais, com baixa densidade populacional, vivenciam a baixa resolubilidade, alto percentual de ineficiência, além da dificuldade de acesso a procedimentos de média e alta complexidade, inviabilizando a integralidade do cuidado pela Atenção Primária em Saúde.

O atendimento verticalizado e desestruturado também é perceptível nas narrativas, diante de relatos da ausência de retorno no que concerne aos resultados de exames realizados em épocas de campanhas nacionais. Isso gera desconfiança e falta de estímulo para realização

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

de cuidados à saúde associados às campanhas nacionais, bem como das rotinas preventivas tão necessárias à saúde.

As participantes do presente estudo também enfatizaram as dificuldades associadas ao acesso geográfico para a realização da mamografia:

> **Cajueiro**: *Veja a ordem de dificuldades para fazer uma mamografia para a gente que mora na comunidade rural, a gente tem que ir ao município, na secretária de saúde para eles marcarem o exame, depois que eles marcam te avisam, isso leva de dois a três meses, depois a gente tem que ir de madrugada, pegar transporte, fila, e o resultado nem sempre chega.*

Com relação ao aborto, 19% das mulheres entrevistadas confirmaram já o terem realizado em algum momento de suas vidas. No que concerne a essa temática, Heilborn *et al.* (2012, p. 227) sinalizam:

> A ponderação sobre a realização de um aborto, como desfecho possível para uma gravidez inesperada, em contexto de ilegalidade e julgamento moral, é comumente compartilhada pelas mulheres com seus respectivos parceiros, familiares (mães, sogras, irmãs, primas) e amigos. Trata-se de uma prática social negociada entre pares e sua rede social mais próxima, enquadrada por circunstâncias sociais (de natureza estrutural) e agenciamentos individuais coletivos de parentes próximos, parceiros, amigos.

Diante da abordagem desse tema, existem narrativas bastante contundentes sobre as significações dessas mulheres sobre o procedimento. Essas narrativas ratificam a colocação de Biroli (2018), de que as instituições religiosas defendem arranjos familiares e papéis de gênero opressores para as mulheres ou tratam do direito à vida de maneira neutra, do ponto de vista das relações de gênero, silenciando sobre as necessidades femininas.

Independentemente do contexto em que o aborto é realizado, existe uma culpabilização religiosa, social e por questões morais, apreendidas durante os diversos ciclos de vida feminina, em que a mulher é colocada no papel de mãe/cuidadora em sua essência, e quando suas escolhas não atendem às expectativas normatizadas socialmente, existem vários tipos de induções de sofrimento, sobretudo sofrimento psicológico.

> **Calliandra**: *Se você fez o aborto, você vai morrer sem confessar que fez. O aborto é uma experiência pessoal muito difícil, sempre traz muita dor, muita culpa (...) você faz num momento de desespero, e quando não consegue, você vai passar sua gravidez com remorso porque sua filha/seu filho pode nascer com problemas e você vai ser a culpada. E depois que nasce, você fica com culpa, porque rejeitou, e quando você consegue e esse aborto vai ter sucesso, você vai levar a culpa pelo resto da vida porque você é responsável por ter tirado uma vida. Você é essa pessoa que vai ser julgada, se você não vai ser julgada aqui na terra, você vai ser julgada por Deus.*

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

As práticas de saúde, sobretudo da biomedicina tradicional, têm sido realizadas pautadas nas normas de gênero, centradas em morais sexuais, que pré-estabelecem os papéis de gênero de modo desigual. O aborto tem sido frequentemente estigmatizado pelos profissionais de saúde que atendem mulheres em situação de abortamento.

> **Bromélia**: *Aqui na comunidade existe ainda um preconceito quando o aborto não é espontâneo e por ser provocado a mulher tem que ficar lá sem assistência. As mulheres que têm um aborto, têm um tipo de atendimento diferente das que pariram, e se ficar claro que o aborto foi provocado, por uma escolha delas, ainda tem mais resistência nesse atendimento.*

O cenário do aborto é marcado por dinâmicas sociais atravessadas por raça, gênero, classe e geração, interagindo entre si, impactando o exercício dos direitos, a liberdade de escolha das mulheres (Roland, 1995). Salienta-se que o aborto é narrado no nosso estudo como algo realizado em momento de desespero, em que há o conhecimento dos riscos de morte materna durante a realização do procedimento em domicílio de forma desacompanhada por profissionais de saúde.

> **Calliandra**: *Eu fiz o aborto, não fiz com remédio caseiro, fiz com Cytotec (misoprostol), eu acho que é mais seguro. O remédio não é acessível, tem que ir para uma clandestinidade. Eu sabia que estava colocando minha vida em risco, que se desse um problema teria que ir parar em um hospital e que nesse hospital eu já ia ser julgada ali e condenada.*

No Brasil, onde o aborto não é legalizado, o acesso ao mesmo é complexo, o que não impede que ele venha sendo amplamente utilizado. Para Lopes e Oliveira (2019), a criminalização do aborto não impede sua prática, mas cria obstáculos de acesso ao serviço público de saúde, com riscos à vida das mulheres que não podem pagar pelo procedimento. Esses procedimentos são realizados por motivos diversos e para os quais não cabem julgamentos sociais.

Consideramos oportuna e necessária a descriminalização do aborto como verdadeira medida protetiva à vida de mulheres, em sua maioria racializadas e em situação de vulnerabilidade.

A prática do aborto é uma possibilidade de escolha para a não realização da maternidade, reforçando o caráter social da maternidade e sua não determinação biológica (Scavone, 2001). Portanto, diante de todos os percalços que uma mulher enfrenta ao realizar o aborto, ainda assim, sua atitude denota coragem de se libertar das normas sociais, que a oprimem e a coagem a ser mãe, independentemente das suas condições objetivas e escolhas pessoais.

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

O aborto pode representar uma possibilidade de libertação sexual e reprodutiva feminina. Ou continuar sendo um procedimento que por seu *modus operandi*, mas penaliza as mulheres de baixa renda, que o fazem em condições de precariedade e contribuem na maioria para os índices de mortalidade materna existentes no país, como ressalta Roland (1995). Portanto, sua descriminalização deve ser vista como uma questão urgente de saúde pública.

CONCLUSÕES

A tomada de decisões sexuais e reprodutivas femininas, livre de coerção, no que concerne às que vivem e trabalham no contexto rural nordestino, tem sido inviabilizada em sua concretitude devido à invisibilização da saúde sexual e reprodutiva nos seus diversos ciclos de vida, o que é perceptível diante da dificuldade de diálogo com os respectivos companheiros, dificuldade de acesso aos exames importantes para a saúde sexual e reprodutiva feminina, consultas especializadas, além da normatização de padrão etário para a prescrição de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde, sem a devida atenção às singularidades dessas mulheres.

Acreditamos que o cuidado referente à saúde sexual e reprodutiva feminina nos seus diversos ciclos, dispensado pela saúde pública, reflete a constatação do aprisionamento dos corpos femininos por meio da medicalização dos ciclos reprodutivos e da invisibilização desses corpos no que tange aos desejos sexuais pautados numa vida sexual saudável, e livre de condutas pré-estabelecidas que englobem as diversidades etárias.

Enfatizamos que, apesar das constatações das dificuldades enfrentadas por esse grupo de mulheres para a tomada de decisão referente à sua saúde sexual e reprodutiva, essas mulheres denotam conhecimento das questões vivenciadas no cotidiano, numa perspectiva feminista e enfatizam o conhecimento sobre os direitos femininos conquistados e os que precisam ser alcançados, possuindo imenso potencial de enfrentamento das estruturas sexistas, machistas e misóginas sociais. Entretanto, para a efetivação desse enfrentamento, faz-se necessário investimento na assistência pública voltada para saúde reprodutiva e sexual feminina, além da mudança na forma como os profissionais de saúde exercem seus cuidados, baseados na heteronomia e em desacordo com o respeito à ampla autonomia decisória feminina.

Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, Jan.-Dez., 2024
ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

REFERÊNCIAS

AMORIM, Patrícia Brandão; SILVA, Daniel Rodrigues; CARVALHO, Herli de Souza. Avaliação sexual e reprodutiva de mulheres da zona rural de uma cidade do nordeste de minas gerais. **Pensar Acadêmico**, v. 17, n. 3, p. 469-484, 2019. Disponível em: https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/714. Acesso em: 6 nov. 2021.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s291-s300, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v25s2/11.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: 70, 2009.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades**: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Editora Boitempo, 2018.

BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 875-879, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YwDdkKZ3FpvxvwNzxzYy4GN/. Acesso em: 30 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CABRAL, Cristiane da Silva. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 1093-1104, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2017.v26n4/1093-1104/pt/. Acesso em: 13 nov. 2022.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 117-133, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/. Acesso em: 11 set. 2022.

CORRÊA, Sônia. Cairo + 5: no olho da tempestade. Observatório da Cidadania. *In*: CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. (org.). **Dez anos do Cairo**: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004. p. 100.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha *et al*. Barreiras a realização periódica do papanicoloau: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. **Revista de APS**, v. 14, n. 1, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14550. Acesso em 20 de jun. 2022.

FERREIRA, Marielle Cristina Gonçalves *et al*. Social representations of older adults regarding quality of life. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 806-813, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/jmJKPQyvdp9dHWk6MBHLT9G/?lang=en. Acesso em: 28 ago. 2022.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva et al. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 378-384, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/NHnFXbYTbsz7qnPJzNLkKSd/?lang=pt&format=html. Acesso em: 6 nov. 2021.

ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GALLI, Beatriz; ROCHA, Helena. Direitos sexuais e reprodutivos, autonomia reprodutiva, política e (des) respeito ao princípio da laicidade. **Relatoria do Direito Humano à saúde sexual e reprodutiva**. São Paulo: Plataforma de Direitos Humanos, 2014.

GÓES, Emanuelle Freitas. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional. 163f. **Tese** (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29007/1/TESE%20Emanuelle%20Freitas%20Goes.%202018.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

HEILBORN, Maria Luiza *et al*. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 224-257, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000600010. Acesso em: 29 jun. 2022.

LOPES, Simone Dalila Nacif; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 20-33, 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe4/20-33. Acesso em: 20 jun. 2022.

MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Sociedade e Estado**, v. 25, p. 225-250, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/se/a/hfzk9pNbRc69T3JRqbGsVjn/?format=html. Acesso em: 26 ago. 2022.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira *et al*. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 121-121, 2010. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1459. Acesso em 06 nov. 2021.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de *et al*. O acesso à atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19 em um município da Bahia. **Revista Macambira**, v. 8, n. 1, p. e081007-e081007, 2024. Disponível em: https://revista.lapprudes.net/RM/article/view/975/1233. Acesso em: 17 de jul. 2024.

ROLAND, Edna. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 506-506, 1995. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026x1995000200017. Acesso em: 20 set. 2022.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 5, p. 47-59, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/NzTkJJrXYGPHDZ3sQRbR9tc/. Acesso em: 1 set. 2022.

SOUZA JÚNIOR, Edison Vitório de *et al*. Avaliação da sexualidade e da fragilidade em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Aquichan**, v. 22, n. 1, p. e2218-e2218, 2022. Disponível em: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/15143. Acesso em: 13 jun. 2022.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 398-404, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/bgyXT7RwJNJ54R9mhzCHvNv/#. Acesso em: 1 de set. 2022.

ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977. Acesso em: 5 jan. 2019.

ISSN: 2594-4754 | **DOI:** https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418

Revista Macambira

Informações do Artigo	Article Information
Recebido em: 27/06/2024 **Aceito em**: 13/08/2024 **Publicado em**: 30/09/2024	**Received on**: 06/27/2024 **Accepted in**: 08/13/2024 **Published on**: 09/30/2024
Contribuições de Autoria *Resumo*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Introdução*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda Referencial teórico: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Análise de dados*: Claudia Suely Barreto Ferreira *Discussão dos resultados*: Claudia Suely Barreto Ferreira *Conclusão*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Referências*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Revisão do manuscrito*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda. *Aprovação da versão final publicada*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda	**Author Contributions** *Abstract/Resumen*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Introduction*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Theoretical Reference*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Data analysis*: Claudia Suely Barreto Ferreira *Discussion of results*: Claudia Suely Barreto Ferreira *Conclusion*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *References*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Manuscript review*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda *Approval of the final published version*: Claudia Suely Barreto Ferreira, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Flávia Karine Leal Lacerda
Conflitos de Interesse Os autores declararam não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político e financeiro referente a este manuscrito.	**Interest conflicts** The authors declare that there is no personal, commercial, academic, political or financial conflict of interest regarding this manuscript.
Como Citar este artigo - ABNT FERREIRA, C. S. B., FERNANDES, E. T. B.S., LACERDA, F. K. L. A invisibilidade das decisões sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem e trabalham no contexto rural. **Revista Macambira**, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, jan./dez., 2024. https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418	**How to cite this article - ABNT** FERREIRA, C. S. B., FERNANDES, E. T. B.S., LACERDA, F. K. L. The invisibility of sexual and reproductive decisions of women who live and work in rural contexts. **Revista Macambira**, Serrinha (BA), v. 8, n. 1, e081029, jan./dez., 2024. https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418
Licença de Uso A Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Esta licença permite compartilhar, copiar, redistribuir o manuscrito em qualquer meio ou formato. Além disso, permite adaptar, remixar, transformar e construir sobre o material, mesmo que comercialmente, desde que seja atribuído o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico.	**Use license** The Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC BY 4.0). This license allows sharing, copying, redistributing the manuscript in any médium or format. In addition, it allows adapting, remixing, transforming and building on the material, even commercially, as long as due credit for authorship and initial publication in this journal is attributed.