

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde
e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**

por

Gláucia de Fátima Batista

**Belo Horizonte
Junho/2014**

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde
e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**

por

Gláucia de Fátima Batista

**Dissertação apresentada com vistas à obtenção
do Título de Mestre em Ciências na área de
concentração em Saúde Coletiva.**

Orientação: Celina Maria Modena

Coorientação: Eliane de Freitas Drumond

Belo Horizonte

Junho/2014

Catálogo na fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

B333s	Batista, Gláucia de Fátima.
2014	<p>Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária / Gláucia de Fátima Batista. – Belo Horizonte, 2014.</p> <p>XV, 98 f.: il.; 210 x 297mm. Bibliografia: f.: 104-113</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.</p> <p>1. Saúde da Mulher/tendências 2. Gênero e Saúde 3. Desigualdades em Saúde I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Drumond, Eliane de Freitas (Coorientação).</p> <p>CDD – 22. ed. – 613.042 44</p>

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde
e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**

por

Gláucia de Fátima Batista

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Celina Maria Modena (Presidente)

Profa. Dra. Maria do Carmo Fonseca

Suplente: Profa. Dra. Eloisa Helena de Lima

Dissertação defendida e aprovada em: 16/06/2014.

[...] Precisamos parar de acreditar no mito da igualdade de gênero. Não é uma realidade ainda". "A igualdade será alcançada quando homens e mulheres forem contemplados em igualdade com remuneração e respeito". "E nós temos que ensinar às nossas meninas que elas podem chegar tão alto quanto humanamente possível". "Temos muito trabalho a fazer. Mas podemos chegar lá se trabalharmos juntos. As mulheres são mais de 50% da população e mais de 50% dos eleitores. Devemos exigir que todos nós recebamos 100% das oportunidades [...]

Beyoncé (2014).

"Uma pessoa só pode ser livre se todas as demais o forem igualmente". Jurgen Habermas – A Ética da Discussão e a questão da verdade, Martins Fontes, 2007.

Dedicatória

A todos que lutam pelos direitos humanos.

Agradecimentos

Ao Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR) e Laboratório de Educação em Saúde (LAESA) por todo apoio e oportunidades que me foram oferecidas ao longo de todo o processo de elaboração da dissertação, pelo esforço na produção de pesquisas de interesse coletivo no Brasil.

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências dessa tese, também pela catalogação e normalização da mesma. A todos que direta e/ou indiretamente contribuíram nesse processo de aprendizado.

Ao Getúlio e Augusto, amores da minha vida.

Aos meus familiares pela compreensão nos momentos de ausência.

À minha orientadora, Celina Maria Modena, pela oportunidade de crescimento e aprendizagem.

À minha coorientadora Eliane de Freitas Drumond, pelo carinho e pelas oportunidades na aprendizagem da ciência e da metodologia científica.

À Prof.^a Dra. Maria do Carmo Fonseca eterna gratidão por ter-me iniciado nos estudos sobre o conceito de gênero, abastecendo-me de variada literatura científica.

À Prof.^a Maria Imaculada, pelas contribuições durante o percurso da aprendizagem.

Aos Gerentes da atenção primária, pela confiança e compreensão.

Às Dra. Zélia Profeta e Dra. Virgínia pelo encorajamento e apoio nessa caminhada.

À Maria Luísa e colegas da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) pelo carinho e incentivo.

À Márcia, Suami e Getúlio pela colaboração na revisão inicial e paciência por me ajudarem nesse meu processo pouco ortodoxo de pensar e fazer.

Às amigas: Clarissa, Rejane, Mônica, Juliana, Núbia, Cristiane, Valéria, Cláudia, Márcia Daian, Carol, Flávia, Gleyka, Aline, Suellen, Núzia, Selma Weissmann, Maria Aparecida, Camila e Elizabeth que me suportaram e me ajudaram nessa caminhada.

SUMÁRIO

	LISTA DE FIGURAS.....	X
	LISTA DE TABELAS.....	XI
	LISTA DE QUADROS.....	XII
	LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIII
	RESUMO.....	XIV
	ABSTRACT.....	XV
1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
4	METODOLOGIA.....	46
4.1	Metodologia da pesquisa: Conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde.....	46
4.2	Metodologia da pesquisa: representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária em saúde.....	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1	Artigo 1- Conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde.....	50
5.2	Artigo 2 – Representações de gênero pelos gestores locais da Atenção Primária em Saúde.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
7	APÊNDICES	
7.1	APÊNDICE A - Busca SciELO referências - Gênero entendido como assimetria de poder – 19 artigos.....	96
7.2	APÊNDICE B - Roteiro para a entrevista semiestruturada aos gestores.....	99
7.3	APÊNDICE C - TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
8	ANEXOS	
8.1	ANEXO A - Carta de aprovação no. 01/2013 - CEP / CPqRR.....	101
8.2	ANEXO B - Carta de aprovação COEP / PBH.....	102
9	REFERÊNCIAS.....	104

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1	Sentidos atribuídos a gênero	57
Figura 2	Pesquisa na base de dados do SciELO	57

ARTIGO 2

Figura 1	Núcleos integrativos representações sobre gênero e saúde e suas subcategorias	96
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Distribuição da produção total publicada em periódicos, segundo o período de publicação com descritor gênero e saúde. Brasil 2009 - 2013	54
Tabela 2	Classificação dos temas dos 41 artigos selecionados	58

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 2

Quadro 1	Representação e entendimento sobre gênero pelos gestores da Atenção Primária em Saúde (APS).....	77
Quadro 2	Enfoque e incorporação do conceito de gênero na saúde.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AIDS.....	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS.....	Atenção Primária de Saúde
BH.....	Belo Horizonte
CEP/SMSA.....	Comité de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CIPD.....	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CPqRR.....	Centro de Pesquisa René Rachou
Conasems.....	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DeCS da BVS.....	Descritores da Biblioteca Virtual em Saúde
DST.....	Doença Sexualmente Transmissível
HIV.....	Vírus da imunodeficiência humana
IVS.....	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
ONU.....	Organização das Nações Unidas
OPS.....	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM.....	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM.....	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH.....	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SciELO.....	Scientific Electronic Library Online
SMPS.....	Secretaria Municipal de Políticas Sociais
VPI.....	Violência por parceiro íntimo
WHO VAW STUDY	WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic

RESUMO

As desigualdades e iniquidades de gênero ganham novas formas de indagações científicas a partir da construção teórica do conceito de gênero, formulado por Scott (1995). Essa categoria de análise permite demonstrar as assimetrias entre homens e mulheres e sua naturalização a partir das diferenças inscritas na cultura para distinguir os sexos. O gênero enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação na construção da masculinidade e da feminilidade hegemônicas vivida em seus papéis fixos, imutáveis e hierarquizados tem amplo impacto na saúde. Assim sendo, torna-se necessário pesquisar os entendimentos sobre o conceito de gênero na produção científica e nos serviços de saúde. O objetivo desse estudo foi investigar a categoria analítica gênero por meio dos entendimentos desse conceito na produção científica de saúde e na representação de gestores locais da atenção primária. Foram utilizadas duas estratégias: uma revisão bibliográfica para apreender o conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e a pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com os gestores para identificar as representações sobre o conceito de gênero. Os resultados são apresentados em dois artigos científicos. O primeiro artigo intitulado “Conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde” apresenta as concepções sobre gênero em periódicos nacionais. O estudo revelou que a análise de gênero na perspectiva da dimensão ético-política de produção de sujeitos desiguais e hierarquizados é ainda incipiente na produção científica de saúde. O segundo artigo, “Representações de gênero pelos gestores locais da Atenção Primária em Saúde” traz as concepções sobre gênero dos gestores locais da atenção primária à saúde. Observou-se que a representação do gestor local de saúde também ainda não incorpora gênero. Conclui-se que evidenciar as desigualdades é necessário para conceber uma nova forma de acolher e atender mulheres e homens que demandam serviços de saúde. Prestar assistência integral sem preconceitos e estereótipos de gênero é um grande desafio para gestores e profissionais da atenção primária em saúde. Análise de gênero na perspectiva dos direitos humanos em saúde é inadiável para promover a equidade e para que os serviços e políticas de saúde não se tornem uma caixa de repercussão das desigualdades na sociedade.

ABSTRACT

Inequalities and inequities of gender gain new forms of scientific inquiry from the theoretical construction of the concept of gender, formulated by Scott (1995). This paradigm allows to demonstrate the disparities between men and women and their naturalization from the differences in the culture entered to distinguish the sexes. The genre while guiding principle of thought and action in the construction of hegemonic masculinity and femininity lived in their fixed, immutable and hierarchical roles have broad impact on health. Therefore, it is necessary to search understandings of the concept of gender in scientific production and health services. The aim of this study was to investigate the gender paradigm through understandings of the concept of gender in scientific production and representation of local primary care managers. Two methods were used: a literature review to grasp the concept of gender in Brazilian scientific production and qualitative research with semi-structured interviews and social representations analysis method with managers to identify the understandings of the concept of gender used. The results are presented in two papers. The first review article entitled " Concepts of gender in the Brazilian scientific production of health " presents understandings of the concept of gender used in the production of scientific knowledge of Brazilian health. The second article," Representations of gender by local managers of Primary Health Care " presents ideas about gender of local managers of health care, focus and incorporation of the gender paradigm in care. It follows that show inequalities is necessary to devise a new way to welcome and assist women and men in need of health services. The construction of hegemonic masculinity and femininity lived in their fixed, immutable and prioritized in our patriarchal society roles are harmful to health. Provide comprehensive care without prejudices and gender stereotypes is a major challenge for managers and professionals in primary health care in our society. Gender analysis in the human rights perspective in health is urgent to promote equity and to ensure that services and health policies do not become a box effect of inequality in society.

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades e iniquidades de gênero ganham novas formas de indagação científica a partir da construção teórica do conceito de gênero, formulado por Scott (1995). Essa categoria de análise permite demonstrar as assimetrias entre homens e mulheres e sua “naturalização” a partir das diferenças inscritas na cultura para distinguir os sexos (Scott, 1995; Heilborn, 2004; Araújo et al., 2011). A teoria de gênero possibilita desenvolver conhecimentos concretos sobre a situação das mulheres em relação aos homens, pois gênero contribui para a identificação das construções que definem o ser e os fazeres masculino e feminino nos contextos histórico-sociais. Essas representações construídas a partir da hierarquização, desvalorização e naturalização das desigualdades resultam em perda de autonomia das mulheres (Gómez et al., 2002; Ávila, 2003, Cyrino, 2012; Heilborn, 2004). Isso é processado condicionando a concepção de mundo de homens e mulheres por meio de símbolos culturais, normatizações, medidas institucionais e elementos de identidade subjetiva constituídos socialmente em contextos específicos demarcando o que é feminino direcionado para o âmbito privado e o que é masculino para o âmbito público (Giffin, 2002; Fonseca, 2005; Aquino, 2006; Mattos, 2008; Cyrino, 2012).

O entendimento sobre o conceito de gênero utilizado na produção científica pode impactar sobre os processos de saúde-doença de homens e mulheres como um dos determinantes sociais de saúde (Araújo et al, 2011; Barata, 2009).

As ações na gestão e na produção de saúde nos serviços também podem reforçar ou não as desigualdades, de acordo com os fundamentos teóricos utilizados na formatação dessas políticas e programas na assistência à população. Vários autores têm registrado que a saúde tem trabalhado numa visão cartesiana, com um conceito universal de homem construído na cultura, e a categoria sexo como dispositivo de hierarquização dentro de uma divisão binária e heterossexual hegemônica, cuja neutralidade tem sido questionada na literatura científica da saúde (Saffioti, 1999, 2004; Lago & Muller, 2010; Kiss & Schraiber, 2011; Cavalcante et al., 2013).

Para que a saúde pública conheça e monitore a condição de desigualdade na saúde entre homens e mulheres, é fundamental incluir gênero como um componente essencial para a sua visualização e como balizador de ações. A conquista da equidade em saúde deve ser a meta do cuidado ao longo de todo curso da vida das pessoas, já instituída como um direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL,1988).

Desta maneira, essa dissertação visa à compreensão da aplicação do conceito de gênero na saúde, abordando-o em duas pesquisas.

A primeira é um estudo através de revisão bibliográfica sobre o entendimento do conceito de gênero no universo da literatura científica brasileira de saúde no período de 2009-2013. A segunda constitui-se de pesquisa de campo qualitativa com gestores locais da atenção primária em saúde para identificar concepções de gênero e sua aplicação prática na assistência de saúde prestada à população.

Essa dissertação está constituída de seis capítulos, sendo que os Capítulos 1 e 2 introduzem os temas e objetivos comuns do trabalho. O terceiro capítulo “Revisão da Literatura” contextualiza o marco teórico com destaque para a relevância do conceito de gênero para a saúde pública, em um contexto de cultura patriarcal.

No quarto capítulo descreve-se a metodologia utilizada na dissertação.

No quinto capítulo, os resultados e discussão são apresentados em forma de dois artigos científicos, que serão submetidos à publicação.

Finalmente, no Capítulo 6, são descritas as considerações finais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem por objetivo investigar o conceito de gênero por meio dos entendimentos desse conceito na produção científica brasileira de saúde e na representação de gestores locais da atenção primária

2.2 Objetivos específicos

- a. Identificar e analisar os sentidos e os entendimentos do conceito de gênero presentes nas produções científicas brasileiras de saúde.
- b. Identificar as representações de gênero dos gestores locais da Atenção Primária em Saúde de Belo Horizonte das áreas de alta vulnerabilidade social.
- c. Contribuir na reflexão de inclusão de gênero para melhoria da assistência em saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O conceito de saúde varia de acordo com o tempo, a localidade e as conjunturas política, social, econômica e cultural. A homossexualidade e a masturbação, por exemplo, já foram consideradas doenças. Um sinal de desobediência ao mandamento divino já foi também considerado doença. Na Idade Média europeia, a religião cristã manteve a concepção de doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. Ao mesmo tempo, as ideias hipocráticas permaneciam através do controle das paixões, do equilíbrio no comer e no beber e na contenção sexual. Essa concepção religiosa foi mudada com o advento da modernidade (Scliar, 2007).

Assim, no século XIV em crise, a Terra é povoada, naturalizando os valores sexuais e a normossexualidade binária. No século XVII a razão clássica separa o corpo da alma, com a ideia de preexistência da alma ao corpo, a partir das concepções de Platão, o que leva à grande renúncia do corpo na Idade Média (Le Goff & Truong, 2006). A partir dessa renúncia ao corpo desaparecem as termas, o esporte, assim como o teatro herdado dos gregos e dos romanos, os anfiteatros. As manifestações sociais de exaltação do corpo são amplamente reprimidas. A mulher é diabolizada; a sexualidade passa a ser controlada e o trabalho manual é depreciado em benefício de uma classe de proprietários que prende o operário e camponês à terra e à ferramenta; a homossexualidade inicialmente é tolerada (século XII), depois condenada (século XIII), e por fim banida. O cristianismo se institucionaliza como uma nova ordem materializando a repugnância em relação aos fluidos corporais: o esperma e o sangue. O sangue torna-se assim o pilar da hierarquia social, surge o versículo relativo à definição de parentesco entre os nobres: “Nasce-se de sangue nobre” (Le Goff & Truong, 2006).

A mulher é inferiorizada devido às suas menstruações. O sexo é concebido somente para a procriação no casamento cristão, no modelo patrimonial, monogâmico e indissolúvel. Nasce a ideia de mulher passiva e homem ativo. “Toda tentativa contraceptiva é pecado mortal para os teólogos”, pecado contra a natureza.

As práticas corporais acontecem movidas pela distinção social: a monogamia instituída pela Igreja é mais respeitada pelos pobres. O cristianismo é o operador da grande virada ideológica, possível por meio de um sistema medieval dominado pelo pensamento simbólico transformando o pecado original (pecado de curiosidade e de orgulho) em pecado sexual com São Paulo e legitimado por Santo Agostinho. “É a mulher que irá pagar o tributo mais pesado por isso. Por muitos e muitos anos”. A primeira versão da Criação presente na Bíblia é trocada em proveito da segunda, mais prejudicial à mulher. “Da criação dos corpos nasce, portanto, a desigualdade original da mulher” com a cisão do corpo humano, ficando a razão e o espírito como masculino e a parte inferior – corpo e carne – como feminino (corpo imperfeito e fraco, macho defeituoso conforme Aristóteles), apesar de refutado por Tomás de Aquino que mantém uma igualdade teórica entre homem e mulher. Assim são construídos dois tipos de mulher: Maria, a redentora, e Eva a pecadora (Le Goff & Truong, 2006).

Nesses primórdios do desenvolvimento da ciência, “a Idade Média era masculina... todos os discursos são feitos por homens, convencidos da superioridade de seu sexo” ignorando a ovulação no corpo da mulher, atribuindo a fecundação apenas ao sexo masculino (Le Goff & Truong, 2006).

A mulher grávida na Idade Média não é objeto de nenhuma atenção especial, participavam das cruzadas junto com o marido, tanto nas camadas superiores da sociedade quanto entre as das classes sociais inferiores. O mesmo se dá com a criança nesse período e “o parto é antes de tudo um acontecimento familiar a que os homens não têm o direito de assistir”. A representação de cena do parto no nascimento de Cristo, com a virgem dando à luz continha mulheres lavando a criança em uma bacia e o São José em dúvida num canto. “No fim da Idade Média o pai desaparece da cena da Natividade” (Le Gof & Truong, 2006, p.102).

A expectativa de vida na Idade Média é pequena e as pessoas que são consideradas velhas não têm mais que quarenta e cinco anos de idade. Ao contrário dos homens, as mulheres antes de se tornarem potenciais feiticeiras, as mulheres mais velhas gozam de má reputação.

“Darás à luz na dor” diz Deus a Eva na Bíblia; ao homem o *labor* e à mulher a *dolor*. Então a dor é assunto de mulher e o homem deve desprezá-la, pois o digno

desse nome não sofre ou será rebaixado à condição feminina. A dor torna-se admissível somente a partir do final do século XII. Le Goff & Truong (2006, p.112) citando Danielle Jacquart registram que “uma das façanhas da Idade Média foi impor à sociedade e ao mundo sábio, de maneira irreversível, o estatuto intelectual da medicina”. A medicina científica, minoritária na Idade Média demora a decolar devido ao recuo em relação à prática clínica antiga. Os diagnósticos eram realizados com a prática antiga na tomada do pulso e o exame da língua que sendo substituídos por nova técnica: a uroscopia ou exame da urina e ao seu lado a sangria, procedimentos bastante praticados são consequências da teoria dos humores. O resgate a Galeno leva a uma virada dos séculos XI e XII ao “lançar nas trevas do charlatanismo toda a prática que não respondesse à doutrina comumente admitida” (Le Goff & Truong, 2006, p.116).

Há uma tensão que atravessa o ocidente medieval, pois o corpo em si não existe e é sempre penetrado pela alma sendo a medicina, medicina da alma passando pelo corpo sem reduzir-se a ele. Deus, os santos, os bispos eram considerados médicos. Os médicos profissionais eram simples assistentes. Somente no século XVII a medicina entra em um processo científico determinante. O álcool é descoberto com a destilação do vinho nos conventos para fabricação de medicamentos. A prática médica é privada e domiciliar, sendo o hospital para os sem recurso e só mais tarde construído como lugar de cuidados e curas. O concílio de Latrão coloca as confissões no centro da cristandade individualizando-a com o exame de consciência, a introspecção (Le Goff & Truong, 2006).

Na Idade Média há várias devastações e isolamentos com as epidemias. A peste bubônica ou “peste negra” ceifa um quarto da população entre 1347 e 1352 levando a profissão de médico à crise com “a falência da medicina escolástica”, pois não consegue efetividade. A corporação desses entra em competição com a dos cirurgiões e a dos barbeiros que exerciam certa complementaridade. A tuberculose e a lepra (a partir do século VII) são outras doenças desse período. A lepra é considerada produto do pecado dos pais do doente que copularam em período proibido. Os leprosários são construídos para segregação desses doentes longe dos puros e fora da Igreja, e mais tarde surgem os manicômios para os loucos (Le Goff & Truong, 2006).

O Estado, a cidade moderna e nossa identidade coletiva formam-se a partir da idade média com a inserção dos corpos em um campo político, disciplinando-os e hierarquizando-os por sexo nas relações de poder. Uma “tecnologia política do corpo” é criada em substituição às técnicas punitivas no ritual de suplícios ou que se dirigem à alma dominada pelo cristianismo (Foucault, 1984; Le Goff & Truong, 2006). O desenvolvimento urbano e as novas estruturas da cidade desenvolveram-se aí onde se estabelecem o centro de produção, centro de diferenciação social e centro político (Le Goff & Truong, 2006).

No século XVII encerra-se a sexualidade, mudando-a para dentro de casa, para a família conjugal na função de reproduzir. Impõe-se como norma e modelo o casal legítimo e procriador. É o início de uma época de repressão própria das sociedades burguesas. Há também com o ilícito uma tolerante familiaridade vigorando certa franqueza sem segredo nessas práticas (Le Goff & Truong, 2006; Foucault, 1984, 1985, 1988).

Esse processo de “colocação do sexo em discurso” iniciando-se no século XVI, coincide com o desenvolvimento do capitalismo e parte da ordem burguesa, sendo disseminadas as técnicas de poder sobre o sexo e implantadas as variadas sexualidades. A vontade de saber não se detém diante do tabu, persistindo em constituir uma ciência da sexualidade (Foucault, 1988). O sexo a partir desse momento é reduzido ao nível da linguagem, com controle no discurso da sua livre circulação (Foucault, 1988). Essas interdições levam ao pudor moderno sugerindo que não se fale dele a não ser através de proibições que se completam com o silêncio e a censura (Foucault, 1988).

Há uma produção de discursos com normatizações tácitas do que é autorizado falar sobre sexo. Restringe-se onde, quando e em que situações, entre quais locutores não era possível falar dele e em quais relações sociais; instituem-se as regiões de silêncio absoluto e discríção: entre pais e filhos, por exemplo, ou educadores e alunos, patrões e serviçais (Foucault, 1988). Mas no discurso não pararam de aumentar a partir do século XVIII, provocando uma valorização e intensificação do discurso indecente. Há incentivo institucional a falar do sexo cada vez mais; persistência das instâncias do poder a ouvir falar e a fazê-lo falar ele próprio sob a forma da articulação explícita e detalhada (Foucault, 1988). No século XVIII o sexo torna-se questão de “polícia” e uma das grandes novidades nas

técnicas de poder foi o surgimento da “população” como problema econômico e político: população riqueza, população mão de obra. Os governos percebem que não tinham que lidar com sujeitos, nem com um povo, mas com uma população: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência de doenças, forma de habitação e habitat. É a primeira vez que uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estavam ligados à maneira como cada um usava seu sexo (Foucault, 1988).

Nos colégios do século XVIII tem-se a falsa impressão de que ali não se fala de sexo, mas a arquitetura, regulamentos, disciplina e toda a organização interior tratam dele. Todos que detêm certa autoridade se colocam num estado de alerta contínuo. Os médicos dão conselhos às famílias, aos diretores e aos professores. Toda uma literatura prescritiva com pareceres, observações, advertências médicas, casos clínicos, esquemas de reforma e planos de instituições ideais, proliferam em torno do colegial e de seu sexo. A partir do século XVIII, o sexo das crianças e dos adolescentes passa a ter um importante foco em torno do qual se disponibilizam dispositivos institucionais e estratégias discursivo-hierarquizados e bastante articulados em torno de relações de poder (Foucault, 1988).

Outros focos passam a ter importância a partir do século XVIII ou do século XIX, a medicina, por intermédio das “doenças dos nervos”; em seguida a psiquiatria, quando começa a procurar a extravagância, o onanismo, a insatisfação e as “fraudes contra a procriação”, a etiologia das doenças mentais e, sobretudo, quando junta ao seu domínio exclusivo, as perversões sexuais; também a justiça penal, que por muito tempo ocupou-se da sexualidade, na forma de crimes “crapulosos” e antinaturais, mas que, próximo da metade do século XIX abriu-se à jurisdição miúda dos pequenos atentados, das perversões sem importância, enfim, todos os controles sociais que se desenvolvem no final do século XIX e filtram a sexualidade dos casais, dos pais e dos filhos, dos adolescentes perigosos e em perigo – tratando de proteger, separar e prevenir, assinalando perigos em toda parte, despertando as atenções, solicitando diagnósticos, acumulando relatórios, organizando terapêuticas (Foucault, 1988).

A medicalização e prescrições higiênicas para a boa saúde incluindo os cuidados com orientações sobre o sexo são aplicadas primeiramente nas famílias burguesas preocupadas com a longevidade, saúde e preservação do patrimônio e

mais tarde é ampliado para todas as classes sociais. O sexo torna-se base em área especializada de conhecimento científico e estratégia de intervenção social. Passou a ser entendido como importante para a constituição do corpo de cada sujeito e conhecê-lo era fundamental para o controle do comportamento e da saúde da população como um todo. Desenvolve-se então, toda uma complexa tecnologia de administração da vida individual e coletiva para formar as condutas e disciplinar os comportamentos. Com a Idade Moderna, as instituições deixam de ser lugar de suplício, castigos corporais para se tornarem locais de criação de "corpos dóceis" com uma vantagem social e política, pois isso torna os corpos produtivos (Foucault, 1984, 1985, 1988).

Passa-se das teses populacionistas da época mercantilista às tentativas de regulação mais bem calculadas, que se orientam de acordo com os objetivos e urgências, em direção natalista ou antinatalista. Surge a análise das condutas sexuais, de suas determinações e efeitos, nos limites entre o biológico e o econômico. Os racismos dos séculos XIX e XX encontrarão nelas caldos de cultura para fixação. Que o Estado saiba o que se passa com o sexo dos cidadãos e o uso que dele fazem, e também que cada um seja capaz de controlar sua prática. Entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa pública; todo um emaranhado de discursos, de saberes, de análise foi investido nele (Foucault, 1984, 1985, 1988).

O sexo é interditado fazendo desaparecer os risos estrepitosos das crianças em todas as classes sociais que durante tanto tempo existiram, e a liberdade de linguagem entre crianças e adultos, ou alunos e professores. Mas isso não significa um silenciar, fala-se mais e de outra maneira de sexo. São outras pessoas que falam, a partir de outros pontos de vista e para obter outros efeitos (Foucault, 1988).

Gênero, iniquidade e saúde da mulher

Todo esse processo histórico faz com que o reconhecimento das mulheres como cidadãs seja protelado na maioria dos países até depois de 1917 formal ou institucionalmente. A partir de 1924 os direitos das mulheres ao voto já fazia parte da constituição da maioria dos países da Europa e da América do Norte. Mas a força dessa tendência foi rápida ao longo e após a primeira guerra mundial. Nesse

período com a ida dos homens para a guerra os postos no mercado de trabalho foram aos poucos sendo ocupados por mulheres e quando os soldados voltaram, essas mulheres foram convidadas a retornarem a seus lares (Stolke, 2004).

Simone de Beauvoir em sua obra “O segundo sexo” (1949) introduziu a ideia feminista de que “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, sendo o “segundo sexo”, “a outra” do homem em uma ordenação hierárquica, invenção patriarcal para legitimar a autoridade masculina. Com isso o homem passou a ser a medida de todas as coisas, pois na humanidade masculina, o homem define a mulher, não em si mesma, mas em relação a ele (Beauvoir, 1949).

Além de Beauvoir, Margaret Mead nos anos 1920 e 1930 em Samoa e Nova Guiné já havia discutido gênero quando apontou a visão sexista biologista que prevalecia nas ciências sociais nos Estados Unidos segundo a qual a divisão sexual do trabalho na família moderna devia-se à diferença inata no comportamento instrumental (público e produtivo) dos homens. Em 1935 Mead em seu estudo comparativo “Sexo e temperamento em três sociedades primitivas” introduziu a ideia revolucionária de que a espécie humana era maleável e os papéis e condutas sexuais variavam segundo os contextos socioculturais. Fez uma comparação, em 1949, das concepções do que é ser homem e ser mulher em sete sociedades do Pacífico Sul com as ideias que prevaleciam nos EUA aparecendo pela primeira vez o termo gênero, mas passou despercebida, assim como as ideias de Beauvoir até o surgimento do movimento feminista internacional (Stolke, 2004).

Assim o registro de gênero teve origem nos anos 1950 nos EUA com Robert Stoller para distinguir o sexo social do sexo anatômico solucionando as dificuldades conceituais dos intersexos, transexuais e homossexuais cujo sexo biológico era ambíguo no nascimento ou não coincidia com a desejada identidade sexual ou orientação sexual (Stolke, 2004). Nesse mesmo ano a antropóloga Margareth Mead publica a obra “Macho e Fêmea” (o ano anterior foi marcado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948 a igualdade de direitos entre homens e mulheres) indicando aos países signatários a necessidade de implementar instrumentos jurídicos, programas e ações para evidenciar e corrigir essa desigualdade.

Na França não houve uma tradução da categoria gênero sendo utilizado em seu lugar a categoria relações sociais de sexo – “rapports sociaux de sexe” (Heilborn & Sorj, 1999).

A sexualidade mantém uma relação íntima com o campo de gênero, cujo desenvolvimento está ligado aos movimentos sociais, como o feminista, o movimento de mulheres e o de liberação homossexual. A teoria em torno da sexualidade é marcada pelo embate entre duas posições: o essencialismo (o mundo – e conseqüentemente o sexo – é dado pela natureza) e o construtivismo social incluído aí gênero como categoria auxiliar na visualização de iniquidades invisíveis em saúde principalmente da mulher. Assim, no paradigma se nasceu fêmea, é mulher; se nasceu macho, é homem (há um essencialismo biológico, determinado pelo órgão sexual) e o construtivismo social (mulheres e homens são vistos como sujeitos na construção de suas sexualidades). Desse modo, a conduta sexual humana é socioculturalmente determinada e construída. Não é o órgão sexual que determina a ação, mas os aspectos sociais, as relações de parentesco, a ciência, a sociedade, a política, a religião, dentre outros (Heilborn & Barreto, 2010).

Alguns anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) a Organização Mundial da Saúde (OMS) concebe a saúde não somente como ausência de doenças, mas como o estado de completo bem-estar psíquico, corporal e social (OMS, 1946). É divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948, que passou a ser o dia mundial da saúde, o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na sua promoção e proteção. Mas essa definição não surgiu por acaso, ela veio como resultado das lutas sociais do pós-guerra, fim do colonialismo e ascensão do socialismo, como ensejo de uma vida plena e sem privações. A amplitude desse conceito de saúde trouxe várias críticas como saúde idealizada, não factível ou política, dando ao Estado a liberdade de intervir em muitas questões abrindo possíveis oportunidades para abusos de poder em relação aos cidadãos. Em decorrência disso, surge o conceito de Christopher Boorse (1977) apresentando a saúde como ausência de doença. Passa-se à questão da classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes relacionadas ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (Scliar, 2007).

O movimento feminista da “segunda onda” originou-se nas mulheres da classe média nos conturbados anos 1960. Nos Estados Unidos aconteciam as perseguições macarthistas da esquerda em plena guerra fria, a luta estudantil por liberdade de expressão e contra a guerra do Vietnam, além do movimento por direitos civis da população negra. O movimento feminista nasceu nesse caldo de cultura política. As mulheres que trabalharam na indústria militar são redomesticadas quando soldados retornam da guerra descobrindo com isto que a tão celebrada igualdade de oportunidades era um imbróglio assim como a divisão equitativa dos trabalhos domésticos com seus companheiros. Além disso, essas mulheres só conseguiam empregos provisórios, de segunda categoria como secretárias, enfermeiras, cuidadoras e assistentes sem possibilidades de promoção e pela metade do salário dos homens sendo despedidas quando engravidavam. O livro de Betty Friedan “A mística feminina” em 1963 com venda de três milhões de exemplares faz uma denúncia do mito construído desse “ser” mulher (Stolke, 2004). As discriminações contra as mulheres começam a mudar quando em 1964, um ano após a marcha sobre Washington em apoio à população negra, o governo de Lyndon Johnson forçou a aprovação da lei dos direitos civis dos negros que não somente proíbe a discriminação por razão de raça, mas também a discriminação de sexo. Um grupo de mulheres profissionais, entre elas Betty Friedan, em 1966, fundou a maior organização independente feminista nos Estados Unidos a Organização Nacional da Mulher a partir da oposição cerrada de empresários, sindicatos e organismos oficiais contra a discriminação por razão de sexo. Elas não pretendiam uma revolução política nem sexual. O objetivo era a igualdade de direitos das mulheres com os homens em todos os setores sociais (Stolke, 2004).

É em 1975 que a Organização das Nações Unidas (ONU) em resposta à demanda das mulheres convoca a 1ª Conferência Mundial da Mulher, na Cidade do México o que significou a mundialização do movimento feminista. Na Espanha a primeira conferência coincidiu com a morte de Franco dando impulso ainda maior na organização das mulheres. Sendo assim, a luta política organizativa contra a discriminação das mulheres no mercado de trabalho e sua opressão sexual levantaram desafios teóricos. Na luta sintetizada no lema “O pessoal é político” as acadêmicas desafiaram o “poder androcêntrico do saber” desmistificando o que Foucault chamava de “bio-poder” ou a carga ideológica que atribuíam a subordinação das mulheres à sua natureza biossexual e as graves deficiências

teóricas da ciência tradicional por omitir o papel das mulheres na história e na sociedade (Stolke, 2004).

Nesse vai e vem da crítica teórica feminista desde o início houve desacordos acerca das raízes da desigualdade das mulheres com perspectivas diferentes e divergentes interesses e posturas sócio-políticas e com isso refletiram em projetos políticos diversos. Nesse ínterim surgiram controvérsias e entre elas a teórico-política acerca do “por que as mulheres” devido à dificuldade de compreender as diversas experiências sem cair no relativismo que desarmam ou no essencialismo que paralisam (Stolke, 2004).

Na mesma década (anos 1970) que o conceito de saúde é reformulado, Stolke (2004) relata que as acadêmicas feministas escolhem gênero como termo chave na teoria e na política para enfatizar que a desigualdade e opressão das mulheres em relação aos homens não dependiam das diferenças do sexo biológico próprios da espécie humana. Registra que as relações de gênero são fenômenos socioculturais que estruturam profundamente a perpetuação da vida humana em sociedade exemplificando com os sistemas de parentesco e que a história do conceito de gênero implica e reflete a mudança da concepção de cultura em relação à natureza. Gênero como termo chave na luta feminista contra o sexismo androcêntrico prevalecia na sociedade e academia ocidentais e mostrava que a biologia não é destino. Ajudava a compreender que as relações entre mulheres e homens na organização da vida em sociedade ao ser cultural são variáveis e podiam ser transformadas. As feministas transcendem nos debates epistemológicos sobre gênero que estavam vinculados à oposição de natureza e cultura (Stolke, 2004). Afirma também que os antropólogos centraram seus estudos na pessoa, no indivíduo entendidos como categorias socioculturais universais, demonstrando que as mulheres quando apareciam eram representadas como esposas, irmãs e filhas nos estudos de parentesco. As militantes feministas com suas denúncias de opressão e discriminação das mulheres nas revisões históricas, etnográficas e teóricas das investigações feministas se encarregaram de demonstrar que não somente o homem é uma invenção, como também a mulher (Stolke, 2004; Butler, 2010).

As acadêmicas feministas iniciaram investigações sobre as origens da condição da mulher como “segundo sexo” fixando a antropologia como fonte de informação. Stolke (2004) relata que nos anos 1970 surgem os estudos pioneiros

coordenados por antropólogas feministas “Toward na Anthropology of Women y Woman, Culture and Society” que propunham criar uma antropologia das mulheres para criticar os modelos androcêntricos convencionais da disciplina. Nesse empreendimento passaram a escutar as vozes silenciadas das mulheres e suas representações simbólicas de feminilidade. Houve então ai uma divergência: as antropólogas marxistas afirmaram que nem a opressão às mulheres, nem o poder exclusivo exercido pelos homens eram fenômenos universais, pois dependiam das relações de produção históricas – os surgimentos da propriedade privada e do colonialismo haviam destruído uma ordem mais igualitária anterior (Stolke, 2004).

Feministas socialistas anglo-saxãs abordaram a condição das mulheres no ocidente com crítica política da dominação masculina nas ideologias sexuais que a legitimava. A opressão das mulheres não tinha causa nelas mesmas, mas nas relações políticas. A partir disso foi introduzido o conceito de gênero para evidenciar os difusos e difundidos determinismos biossexuais que legitimavam essa dominação. Stolke (2004) cita a obra de Kate Millett, “Sexual Politics”, de 1969, que afirmava a irrelevância de buscar origens no patriarcado, pois as relações entre os sexos são fundamentalmente políticas. Cita também Millet que registra que nem a endocrinologia nem a genética conseguiram mostrar que a dominação era inerente ao temperamento masculino assim como as diferenças intelectuais e emocionais inatas eram relevantes entre mulheres e homens. Assegura que as afirmações de que “a agressão é de natureza masculina e a passividade é feminina” não são mais que racionalizações patriarcais para reafirmação das desigualdades sociais em todas as fases das vidas. As condutas sexuais são o resultado de nossa aprendizagem social (Stolke, 2004).

Se até o século XIX reinava a identidade feminina nas definições construídas pela medicina desse século e anteriores, identificada com a maternidade e a esfera privada do lar no imaginário social, no século XX há uma expressiva transformação social, cultural, política, científica e tecnológica no mundo. A inserção das mulheres em massa no espaço público traz muitas mudanças criando as condições para o movimento mundial de mulheres. Esse processo traz possibilidades de construção de uma sociedade com novos pilares e acesso das mulheres à cidadania fazendo com que elas se valorizem bem mais no início do século XXI (Rago, 2004; Hobsbawn, 2009). Há uma multiplicação de estudos evidenciando e desconstruindo

a representação da esfera da vida privada, definida como o lugar da invisibilidade, da inexistência social de acordo com Hanna Arendt:

"[...] A privação da privacidade reside na ausência de outros; para estes, o homem privado não se dá a conhecer, e, portanto é como se não existisse. O que quer que ele faça permanece sem importância ou consequência para os outros, e o que tem importância para ele é desprovido de interesse para os outros" (Arendt, 1991, p. 68).

Hobsbawn (2009) registra que a única revolução social que se efetiva no século XX é a feminista. A multiplicação da produção do conhecimento científico sobre a realidade das mulheres e sobre gênero decompondo o construído no século XIX, além do movimento mundial de mulheres no século XX e sua inserção no âmbito público transforma essa realidade.

Em 1978 a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde é realizada na cidade de Alma-Ata (no atual Cazaquistão), promovida pela OMS abrangendo o tema e colocando como suas as tarefas de caráter normativo - classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, de normas para a qualidade da água - a OMS havia desenvolvido programas com a cooperação de países-membros, mas esses programas teriam como alvo a princípio as doenças transmissíveis de grande prevalência: malária e varíola. Mas a partir daí ampliou-se os objetivos, pois eram os anos em que os países socialistas tinham papel importante na Organização - não por acaso, Alma-Ata ficava na ex-União Soviética. Como resultado de crescente demanda por desenvolvimento e progresso social a Conferência deu ênfase às enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou-se o dever governamental na provisão da saúde e a participação social no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Essa estratégia mais geral se baseou nas ações de saúde práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis e ao alcance de todos: pessoas e famílias – e disponíveis em locais acessíveis à comunidade que deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; compatibilidade do custo dos serviços com a situação econômica da região e do país. Os serviços que prestam os cuidados primários de saúde estruturados dessa forma representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual é a base (Scliar, 2007; Strey & Pulcherio, 2010).

Minayo (2013) afirma que o sujeito coletivo da saúde é a própria sociedade que por meio de condições objetivas e subjetivas define tanto o conceito quanto os níveis e padrão sanitário que pretende alcançar. Afirma ainda que saúde transcende e ultrapassa os limites setoriais, dependendo de políticas macro, microeconômicas e sociais envolvendo relações comportamentais e ações institucionais e individuais. O conceito de saúde é então resultado entre as correlações de forças sociais existentes na sociedade naturalmente, considerando a conjuntura social, cultural, econômica e política. Minayo (2013) registra também que o sujeito coletivo da saúde, ou seja, a sociedade é atravessada por conflitos de interesses (de classe, corporativos, grupais, de gênero, de etnias) sociais e políticos.

Com relação à política de promoção da saúde busca-se atingi-la por meio de políticas públicas, ambientes favoráveis, ação comunitária, adoção de novas habilidades e reorientação dos serviços (OMS, Ottawa,1986). Houve ênfase nos determinantes sociais da saúde-doença, concepção ampliada de saúde (qualidade de vida e capacidade de autonomia), protagonismo de novos sujeitos (fora da saúde), instituições (intersectorialidade) e cidadãos (participação comunitária). Os determinantes sociais significam um complexo de fenômenos sociais interligados que produzem riscos diferenciados à saúde de comunidades e indivíduos sendo a desigualdade de gênero um deles (Heilborn & Barreto, 2010). Gênero opera então como um dos determinantes sociais de saúde que impacta na saúde de homens e principalmente na de mulheres com resultados como a feminização da Aids devido ao crescimento do quantitativo de mulheres com HIV/aids, de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, nas últimas décadas, dentre outros. Mas é importante não ver as mulheres somente como vítimas, pois os(as) autores(as) descrevem-nas como sujeitos que cotidianamente estão em permanente movimento de resistência e buscando alternativas para esse processo de assimetria que hierarquiza os sexos.

A partir desse contexto tornou-se fundamental a discussão na saúde em todas as suas complexidades a perspectiva de gênero, mas gênero enquanto uma categoria analítica que possibilita a visualização dessas desigualdades que mantidas transformam em iniquidades. Na gestão pública o modelo verticalizado e setorial tende a fragmentar a oferta de serviços. Mas a perspectiva da articulação transversal na saúde pública pode implicar, além dos esforços de coordenação, mudanças consideráveis nos órgãos governamentais e na gestão pública tais como

reformulação das estratégias de ação, redistribuição de recursos e mudanças de processo de trabalho (Heilborn & Barreto, 2010).

A partir de reivindicações dos movimentos de mulheres e feminista foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM em 1984, o que significava um avanço em relação aos anteriores que consideravam a mulher somente como mãe ignorando as demais dimensões do sujeito mulher. Em 2004 é instituído o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM baseado no de 1984 inserindo as questões de desigualdade de gênero (Ministério da Saúde, Brasil, 1984; 2004a) .

A Constituição Brasileira de 1988 garante a igualdade entre os sexos resultado dos movimentos sociais, de mulheres e feministas. E também a partir do movimento sanitário a saúde é reconhecida como um direito do cidadão e um dever do Estado, base para a criação do SUS que se fundamentou nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. No Brasil a implantação de um sistema de saúde universal teve início em um contexto político e econômico bastante desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-los. Houve avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos vinte anos com inovações institucionais, como um imenso processo de descentralização que passou maior responsabilidade para os municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social (Paim et al., 2011). Grande parte da população brasileira passou a utilizar a rede de serviços do SUS com aumento do acesso a cuidados de saúde, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal; aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculada à cidadania; e investiu-se na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país (Paim et al., 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, inicialmente denominada de Programa Saúde da Família (PSF) para reformulação do modelo brasileiro de atenção à saúde e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Tal estratégia que envolve profissionais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde,

odontólogos buscou ampliar o modelo sanitário médico-curativista para uma abordagem coletiva, multidisciplinar e interprofissional centrada na família e na comunidade. Mas esse processo tem tido pouco impacto na redução de iniquidades e vulnerabilidades quando se depara com as reais necessidades sociais da população que exige um esforço maior ainda de trabalho coordenado, intersetorial e abrangente (Backes et al., 2012; Veiga & Bronzo, 2012).

Os profissionais das equipes de saúde da família participam diretamente das realidades precárias das famílias, inseridos em comunidades altamente vulneráveis e com problemas complexos para os quais não foram preparados, possibilitando uma prática desafiadora e instigadora. Esse processo traz em si uma troca de experiências, conhecimentos e reconhecimentos profissionais ímpares que, ao mesmo tempo em que leva a uma satisfação profissional por colocar todos os potenciais na resolução de problemas, também provoca uma sensação de impotência devido às insuficiências para a gestão de tão complexas precariedades e necessidades de saúde numa multiplicidade de determinantes sociais envolvidos. Por outro lado, há um espaço para a autonomia profissional, pois requer muita aproximação dos problemas e com isso criação de vínculos e confiança, além de estimular o protagonismo, a criatividade devido ao envolvimento e à responsabilização para a resolutividade das ações de saúde exigindo diálogo constante e ressignificação do cuidado em rede. Além disso, é necessário um olhar atento para que haja participação da população e que as saídas e soluções venham delas próprias com as equipes e gestão com competências ética e humanística, nos papéis de facilitadores do processo visando à autonomia dos sujeitos, famílias e comunidades (Backes et al., 2012).

Há uma luta incessante para garantir a cobertura universal e equitativa pelo SUS em desenvolvimento com muitos desafios e a equidade constitui-se em um deles. Apesar de o financiamento federal ter aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos. A transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde é outro dos desafios (Paim et al., 2011).

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo restrito, nesse período, às demandas relativas ao parto e à gravidez. Nas décadas de 30, 50 e 70 os programas materno-infantis tinham uma visão sobre a mulher sustentada na biologia 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. Esses programas eram verticais, sem participação da população e focavam nas ações materno infantis para as crianças e gestantes, o que levou à fragmentação da assistência e baixo impacto nos indicadores (Brasil, 2004a, b).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo 1994, reconhece o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido, delegados de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero. O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu *status* político, social e econômico são de alta importância, além de ser fundamental para o desenvolvimento sustentável:

"Plena participação e parceria tanto da mulher quanto do homem são necessárias à vida produtiva e reprodutiva, inclusive a partilha das responsabilidades no cuidado e alimentação dos filhos e na manutenção da família. Em todas as partes do mundo, as mulheres sofrem ameaças a sua vida, a sua saúde e a seu bem-estar em consequência de sua sobrecarga de trabalho e por carecerem de poder e de influência. Na maior parte do mundo, as mulheres recebem menos educação formal que os homens e, ao mesmo tempo, sua capacidade, saber e mecanismos de luta muitas vezes não são reconhecidos. As relações de poder que impedem a mulher de alcançar uma vida sadia e plena operam em muitos níveis da sociedade, desde os mais pessoais até os mais altamente públicos. Conseguir uma mudança requer ações de política e programas que melhorem o acesso da mulher a meios de vida seguros e a recursos econômicos, aliviem sua excessiva responsabilidade com relação aos encargos domésticos, removam impedimentos legais a sua participação na vida pública e promovam a conscientização social por meio de eficientes programas de educação e de comunicação de massa" (CIPD, 1994, p.50).

O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde com coordenação da atenção básica, são essenciais na abordagem das causas principais dos problemas de saúde que podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar enormes dificuldades (Paim et al., 2011). É de fundamental importância que seja incorporado nessas ações o cumprimento às recomendações da Declaração Mundial

Determinantes Sociais de Saúde (WHO, 2011), principalmente a abordagem de gênero na saúde enquanto um dos determinantes sociais, na perspectiva da equidade, é um desafio maior ainda, mas não impossível diante do paradigma cartesiano hegemônico historicamente inserido na institucionalização da saúde, muito criticado nas últimas décadas.

A responsabilidade do pesquisador não é só apresentar uma crítica ao setor público, mas sim, insistir em um Estado que sirva bem e com responsabilidade aos seus cidadãos. Ou seja, os pesquisadores sociais precisam criar uma visão e uma imaginação de “*como poderia ser*” e exigir uma esfera pública responsável que traga em seu centro uma cidadania plena e participativa (Denzin & Lincoln, 2010). Cada ator e atriz social experimentam e conhecem o fato social de forma peculiar através das diferentes informações vivenciadas individualmente em comum por um grupo, permitindo formar uma visão geral das estruturas de relevância e das relações sendo mais importante compreender os modelos culturais e a particularidade das determinações (Minayo, 2010).

A preocupação teórica com o gênero emergiu nos anos 1970, século XX como uma categoria analítica (Scott, 1995). Gênero facilita na explicação das persistentes desigualdades entre as mulheres, os homens e as demais identidades. Gênero como categoria analítica surge através do pensamento feminista para diferenciá-lo do sexo biológico. Essa demarcação foi importante para afirmação dos movimentos sociais na luta pela emancipação da mulher. Os estudos de gênero evidenciam a possibilidade de rever injustiças e construir um horizonte mais igualitário na relação entre homens e mulheres (Heilborn & Sorj, 1999; Heilborn, 2004). As assimetrias de gênero ancoradas na maneira de ser homem e de ser mulher e a consequente subordinação da mulher constituíram-se em um fenômeno global, não sendo o único eixo de hierarquia social, existindo outras em diferentes sociedades. A luta pela igualdade das mulheres em diferentes movimentos sociais mostra a pluralidade envolvida nas relações entre as pessoas, grupos e sociedades (indígenas, negras, rurais, urbanas, lésbicas, jovens, privadas de liberdade, transexuais, travestis, dentre outras). Assim como também das relações entre indivíduos, sociedade e Estado.

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres instituído com o Decreto Nº 7.959, de 13 de março de 2013 dispõe sobre o Plano Nacional de Políticas para

as Mulheres, para o período de 2013 a 2015 alterando o Decreto nº 5.390, de 8 de março de 2005 (Brasil, 2013). O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres instituído em 2008 tem como objetivos gerais:

- I. Promover a autonomia econômica e financeira das mulheres, considerando as dimensões étnico-raciais, geracionais, regionais e de deficiência;
- II. Promover a igualdade de gênero, considerando a dimensão étnica racial nas relações de trabalho;
- III. Elaborar com base na Agenda Nacional o Plano Nacional do Trabalho Decente, incorporando os aspectos de gênero e considerando a dimensão étnico-racial" (BRASIL, 2008, p.42).

Esse plano incluiu as seguintes ações fundamentais para atingir os objetivos: 1- autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; 2- educação inclusiva, não sexista, não racista, não homofóbica e não lesbofóbica; 3- saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; 4- enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; 5- participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; 6- desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar; 7- direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; 8- cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias; 9- enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; 10- enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas.

Vê-se que a efetivação desses planos pressupõe de forma transversal na política de saúde a inclusão da categoria de análise gênero o que ainda precisa avançar bastante nesse sentido.

Em 2006 são pactuadas as Diretrizes Operacionais Pactos Pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão afirmando que o trabalho dos gestores das três esferas de governo expressa compromissos com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira na defesa dos princípios dos SUS estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e de desenvolver e articular ações em conjunto que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Mas nessa rearticulação a perspectiva de gênero não chega a ser incorporada na prática da assistência à saúde como um todo. A globalização veio a contribuir com o acesso massificado das normatizações da masculinidade e feminilidade hegemônicas amplificadas através de todas as

mídias e também de marketings e propagandas que se transformaram em atos performáticos reafirmando as diferenças na divisão binária dos sexos e modelos de comportamentos, muitas vezes agressivos e/ou violentos (Butler, 1998). Gênero, sexo, corpo e sexualidade são então, dimensões que integram a identidade pessoal de cada indivíduo, mas são originadas, afetadas e transformadas pelo modo como os valores sociais, sistematizados em códigos culturais junto com a subjetividade organizam a vida coletiva em um dado momento histórico em determinada localidade (Scott, 1995; Foucault, 1988; Araújo et al., 2011).

Conforme Scott (1995), gênero é um termo pleno de possibilidades não examinadas, pois em muitas línguas há uma terceira categoria – o sem sexo ou o neutro. Gênero surgiu para dar ênfase às diferenças baseadas no sexo, indicando rejeição ao determinismo biológico sempre vinculado ao uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. E nesse sentido mostra seu aspecto relacional, pois não há como falar de um dos sexos sem referir-se ao outro, um não existe sem o outro para a manutenção ou mudança da ordem social. “O mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, e é criado nesse e por esse mundo masculino” (Scott, 1995, p.6). Gênero evidencia as relações sociais entre os sexos e rejeita as explicações biológicas para a subordinação feminina de que as mulheres servem somente para dar à luz e fazeres doméstico e os homens têm força muscular superior.

Joan Scott discutiu o sentido e o uso dado a gênero e destacou que o uso dessa categoria deveria conduzir à passagem de análises descritivas para analíticas. Intersecciona o conceito de gênero com as noções de classe e raça, afirmando que as desigualdades de poder social são constituídas com base em pelo menos essas três dimensões. Mas questiona a suposta paridade entre os três termos – gênero, classe e raça, não se aprofundando nessa problematização. Critica as pesquisas que apesar de analisarem as relações sociais entre homens e mulheres atêm-se somente ao estudo de certos setores da organização social, utilizando gênero sem uma mudança de perspectiva teórica, o que faz com que esses trabalhos continuem a estudar de forma descritiva “as coisas relativas às mulheres”, sem que se questione porque essas relações entre homens e mulheres estão construídas como estão, como funcionam e como se transformam. Nesse sentido, apesar de se incluir novas questões de análise histórica, como as relações subjetivas, o corpo, a família não há alteração dos paradigmas existentes,

mantendo-se o modo de se analisar temas como a guerra, a alta política, a diplomacia, ou seja, àqueles que de acordo com a história tradicional, foram apresentados sem sofrer qualquer influência das relações de gênero (Scott, 1995).

Scott explica como gênero pode passar de palavra para categoria de análise utilizando o exemplo da história política. Por ser campo intocado pelo discurso de gênero, e ao mesmo tempo, “modo dominante de interrogação histórica”, demonstrando que essa análise não significa estudar simplesmente mulheres que possam ter sido figuras importantes no desenrolar de tramas políticas, mas principalmente como as representações de masculinidade/feminilidade estão presentes nas ações políticas, e também de como as mudanças nas relações de gênero podem acontecer a partir de considerações sobre as necessidades do Estado. Gênero é a primeira instância, mas não única no campo de articulação do poder, dentro da qual, ou por meio da qual, o poder se articula. A autora afirma que o conceito de gênero estrutura a percepção e a organização de toda a vida social, influenciando as concepções, as construções, a legitimação e a distribuição do próprio poder (Scott, 1995).

Scott questiona como se mudam as coisas se as significações de gênero e de poder constroem-se reciprocamente. Segundo ela, a resposta está na ruptura da ordem sociopolítica, mas não apenas. As transformações estruturais numa sociedade podem oferecer possibilidades mais igualitárias nas relações de gênero ou reescrever o conteúdo de desigualdade (Scott, 1995).

"[] gênero na nova história deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que não inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça" (Scott, 1995, p.93).

Gênero ajuda a oferecer um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais atribuídos às mulheres e aos homens e enfatiza um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado por ele, nem determina diretamente a sexualidade. Referem-se às áreas tanto estruturais como ideológicas, que envolvem as relações entre os sexos. No seu uso descritivo, gênero é um conceito associado ao estudo de coisas relativas às mulheres. Sendo descritivo somente, não tem poder analítico suficiente para questionar os paradigmas existentes constituindo-se em desafio para teóricos e pesquisadores que passaram à construção de uma abordagem teórica mais potente (Scott, 1995). Gênero então,

nessa definição passa a ser uma categoria social colocada sobre um corpo sexuado” (Scott, 1995). Gênero então, nessa definição passa a ser “uma categoria social colocada sobre um corpo sexuado” (Scott, 1995, p. 6).

Além disso, as ideias conscientes sobre o masculino ou o feminino não são fixas, uma vez que elas variam de acordo com as utilizações em cada contexto. Sendo assim as categorias homem e mulher tornaram-se problemáticas, pois não são características inerentes, mas constructos subjetivos (ou ficcionais) assim como sexo e sexualidade (Stolke, 2004, Butler, 1998; Foucault, 1988).

Scott referenciando-se na antropóloga Michelle Rosaldo explica que a mulher na vida social humana não é um produto das coisas que ela faz, mas do significado adquirido das suas atividades na interação social concreta.

A segregação das mulheres na esfera privada tem consequências nefastas por um longo tempo. Hobsbawm (2013) analisa o problema das relações públicas e privadas entre os sexos na cultura burguesa do período de 1870 a 1914 na publicação de “Men of the Time” livro de referência até então confinado aos homens resolvem incluir as mulheres. Somente após os anos 1960 e 1970 é que conseguiram a participação de 15% de mulheres, a partir da segunda onda feminista. O prêmio Nobel entre 1901 e 1914 foi endereçado a mulheres quatro vezes: Selma Lagerlof, de Literatura; Bertha Von Suttner, da Paz; e Marie Curie, de Ciência, duas vezes. E já no fim do século XIX registrou-se tendência análoga de tratamento a homens e mulheres na área do esporte. Mas esse crescente reconhecimento das mulheres como grupo na esfera pública vem de pressão cada vez maior dos movimentos sociais de mulheres e feministas para o seu reconhecimento como titulares dos direitos clássicos do indivíduo como registrado na declaração universal dos direitos humanos.

Matos (2008) aponta que os estudos de gênero e feministas se transformam em um campo novo para as ciências evidenciando a sua “neutralidade”. Afirma que o potencial analítico de gênero tem se expandido, tornando possível sua incorporação em áreas que durante séculos foram impermeáveis a críticas e que tem se constituído em um campo científico novo nas ciências e para as ciências sendo crítico, reflexivo na direção multicultural e emancipatória da sociedade, mas afirma que ainda há muito por se fazer, apesar do seu reconhecimento e que muito se avançou nessa área.

Sônia Corrêa (2011) questiona sobre dúvidas existentes com relação ao esforço de se efetivar melhoria nas condições de vida das mulheres no Brasil citando Butler que faz um convite à reflexão sobre o que significa ser humano:

"Se dúvidas persistem quanto ao sentido de tal investimento, vale a pena retomar Butler quando ela afirma que teorizar sobre gênero e sexualidade, como categorias instáveis e contingentes, não é uma mera elucubração acadêmica, mas sim um esforço intelectual motivado por questões éticas, por exemplo: como definimos os termos do que significa ser humano? Quem conta como "humanidade" e deve ser respeitado como pessoa e ter direitos humanos garantidos?" (ONU Mulheres, Sonia Corrêa, 2011, p. 344).

Conforme Judith Butler (2010), a construção de gênero limita as relações à forma binária, mas há outras possibilidades de ser. Enquanto Scott estuda gênero em contraposição a sexo, Butler afirma que além de gênero, sexo e sexualidade são também construções. Construções que ensinam que as pessoas desde que nascem são classificadas em duas possibilidades: ser homem ou ser mulher. Mas há indivíduos que não se enquadram em nenhum desses estereótipos – padrão heterossexual e somente dois sexos. As pessoas não enquadradas nessas classificações são denominadas "queer" do inglês: anomalia, esquisito. A normatização coloca a heterossexualidade como a "base normal" do ser humano, mas não acontece dessa forma, pois a biologia não é destino, havendo vários tipos de identidades.

Na análise de Judith Butler (1998) gênero não é um problema do campo da sexualidade é um problema político e ontológico. Vai mais além afirmando que não só gênero, mas sexo também faz parte das categorias construídas. Butler defende a utilização da categoria "sujeito" conceito que vem do humanismo para confrontá-lo, em contraposição. Assim, na vida real, existem formações de sujeitos diferentes e desiguais. Butler questiona não somente as identidades homem e mulher ou outras, mas também o próprio sentido do verbo "ser" quando se diz que alguém "é" isso ou aquilo. Quando alguém se identifica ou se deixa hétero-identificar, esse alguém está se inscrevendo apenas em um cenário ontológico, que é promovido pelo discurso e toda a sua materialidade no âmbito da ação e da vida. Mas isso poderia ser diferente em um cenário democrático onde as pessoas pudessem livremente expressar-se. Denomina essas classificações de classificações para a exclusão. Então quando alguém se afirma mulher, no âmbito do feminismo, essa identidade que ao mesmo

tempo serve para libertar, na luta por direitos, também serve para a exclusão desse mesmo sujeito, colocando-o de volta num lugar de opressão onde o próprio feminismo prometia emancipar seu sujeito. Nesse sentido chama de performatividade, a permanente construção de gênero, e também em produzir o corpo abjeto, ou seja, todos aqueles que não se enquadram na estrutura binária do corpo sexuado homem e mulher. Assim, todos os outros são considerados corpos abjetos, como se um modo de existir fosse o único correto. Aqueles que não se encaixam na estrutura seriam menos que humanos, pois lhes é negado o ser “sujeito”. Butler defende além das mulheres, todos aqueles que não se enquadram nos discursos que invocam a natureza fixa do corpo. A crítica de Butler ao humanismo é motivada por essa classificação para a exclusão.

"[...] afirmar que o sujeito é constituído não é dizer que ele é determinado; ao contrário, o caráter constituído do sujeito é a própria pré-condição de sua capacidade de agir [...] o sujeito é constituído pelo poder, esse poder não cessa no momento em que o sujeito é constituído, pois esse sujeito nunca está plenamente constituído, mas é sujeitado e produzido continuamente. Esse sujeito não é base nem produto, mas a possibilidade permanente de certo processo de resignificação, que é desviado e bloqueado mediante outro mecanismo de poder, mas que é a possibilidade de retrabalhar o poder [...]" (Butler, 1998, p. 22).

Butler (2010) lembra ainda que os sujeitos são constituídos com a exclusão, pois ao mesmo tempo são criados os sujeitos desautorizados, os pré-sujeitos, representações de degradação, populações apagadas da vista. Cita como exemplo casos de discriminação sexual ou estupro que necessita atender a algumas qualificações para a justiça quando se é demandante. Assim, a opressão se constitui em um tipo diferente, pois é efetivada pelo apagamento que qualifica o sujeito emancipatório. A autora questiona quem se qualifica como um “quem”, “que estruturas sistemáticas de privação de poder tornam impossível para certas partes injuriadas invocar o “eu” efetivamente dentro de uma corte de justiça” (Butler, 2010).

Butler (1998) chama atenção se na luta pela emancipação e democratização não se está utilizando sem perceber os mesmos modelos de dominação, os quais oprimiram as mulheres e que o modo de a dominação efetivar-se é diante da regulação e produção de sujeitos. Questiona a categoria sujeito que deveria ter na sua substância a solidariedade, mas produz a facciosidade que deveria dar fim. Indaga se as mulheres querem se tornar sujeitos com base no modelo que produziu degradação ou formar-se um processo autocrítico sobre os

processos que produziram e desestabilizaram identidades. Butler lembra que na década de 1980 as mulheres negras questionaram a branquitude das reivindicações do movimento feminista, pois as suas necessidades não foram incluídas. Nesse sentido, afirma que o esforço para fornecer conteúdo universal ou específico à categoria mulheres, produzirá facções e que a identidade como ponto de partida não se manterá no movimento de mulheres. As categorias de identidade nunca são somente descritivas, mas vem acompanhada de normatizações e com isso exclusivista. Afirma que desconstruir o sujeito do feminismo significa liberá-lo num futuro de múltiplas significações, emancipá-lo das ontologias maternais ou racistas às quais esteve restrito e transformá-lo em um lugar onde podem emergir novos significados.

Butler (1998) tem como hipótese a transformação da categoria mulheres, liberando-a do referencial fixo. Nesse sentido novas configurações, ressignificações poderão advir. Mas lembra que o que a categoria mulher significou por muito tempo foi dado como certo, determinado, fixo, normalizado, imobilizado, paralisado em posições de subordinação. Assim resguardar a categoria mulheres significa expandi-la, ressignificá-la para criar condições para uma capacidade de agir realçada.

Butler (1998) afirma que não se pode avançar sem também discutir-se a materialidade dos corpos femininos e a materialidade do sexo e questiona o entendimento da violência material sofrida pelas mulheres. Afirma que a desconstrução do conceito de matéria ou de corpo significa continuar a usá-los, repeti-los e deslocá-los dos contextos nos quais ficaram expostos como instrumento do poder opressor. Afirma também que essa classificação pode ser denominada de violenta, forçada e que essa ordenação e produção discursiva dos corpos de acordo com a categoria sexo é uma violência material em si mesma, a violência da marca que estabelece o que irá ou não significar, o que será incluído ou não ou quando a legislação autorizadora do que será a materialidade do sexo. Cita como exemplo o que pode ser ou não considerado como “estupro” ou “violência do governo” aponta a exigência de “doze provas empíricas separadas para caracterizar “estupro”, o que pode ser chamado de estupro governamentalmente facilitado”. Raciocina também na linha similar em que a própria mulher é responsabilizada pelo seu próprio estupro citando o questionamento que o advogado de defesa do grupo acusado em New Bedford fez à queixosa:

"Se você está vivendo com um homem, o que está fazendo correndo pelas ruas sendo estuprada?" Assim, o advogado definiu a mulher como pertencente ao lar, ao seu homem e que estava nas "ruas" local aberto à caça, à procura frenética de ser estuprada, de ser propriedade de outro, esse o objetivo de seu sexo. O estupro é sintetizado como auto expropriação intencional numa lógica que coloca que o estupro está para o casamento e a rua para o lar. O estupro é o casamento das ruas, casamento sem lar. O casamento é estupro domesticado. Assim, o estupro é a lógica da concretização de seu sexo e sexualidade fora da domesticidade: a domesticidade como espaço marital protetor" (Butler, 1998, p.27).

A violação é representada então como se o sexo da mulher perseguisse naturalmente ser estuprada e sendo assim é responsável por ele. A categoria sexo nesse episódio não é apenas uma representação. É um princípio de produção, inteligibilidade e regulação que impõe uma violência e a racionaliza após o fato. Assim a violência é praticada mediante a exclusão com o apagamento e negação do sujeito. Sexo no sentido politicamente do termo coloca em funcionamento a violência silenciosa quando regula o que é e o que não é representado. Não se deve ter como certo o sujeito, gênero, seu sexo ou sua materialidade. Assim convida o movimento feminista a examinar as consequências políticas de manter em seus lugares as premissas que asseguraram a subordinação das mulheres desde o início (Butler, 1998).

Alex Scott-Samuel (2009) chama atenção para a forma de masculinidade patriarcal quase globalmente dominante, e que se reflete nos padrões insalubres e antissociais de socialização que afetam a maioria, se não todas as crianças e adultos na Europa e na maioria das sociedades, assim como também nas políticas. O patriarcado tem contribuído de forma importante para grande parte da desigualdade e sofrimento experimentado pela espécie humana (Scott-Samuel, 2009).

A pobreza e o gênero junto com a idade tendem a criar uma situação de negligência e abandono social para as pessoas idosas, principalmente mulheres com retorno à dependência e marginalização invisibilizadas (Peláez & Ferrer, 2001; Barrantes, 2006; Hirata & Kergoat, 2007). As mulheres são gestoras na saúde familiar para todos os grupos de idade e representam 80% da força de trabalho não remunerada em saúde (com pouca presença em postos decisórios), e também representa 90% do voluntariado comunitário em saúde (OPS, Roses, 2003). O setor saúde reduz tempo de internação de doentes aproveitando-se do trabalho não pago

às mulheres, destinando a elas o cuidado em saúde de familiares e parentes. O Estado também quando intervém com cortes de gastos na área social e/ou com política de Estado mínimo são as mulheres que pagam uma conta maior devido à transferência para elas de responsabilidades e cuidados não pagos (OPS, Mirta Roses, 2003). Acrescente-se isso o *teto de vidro*, pois apesar das mulheres serem maioria no setor saúde são poucas que ocupam cargos de decisão bem remunerados (Revuelta, 2007).

A reconstrução de um modelo de atenção à saúde, menos preconceituoso e estereotipado sobre o masculino e o feminino é fundamental para a constituição de relações mais igualitárias entre os sexos (Tarnowski et al., 2005). Isso tudo demonstra, portanto, a necessidade de focar o gênero como relacional e transversal (Saffioti, 1999; Scott, 1995; Giffin, 2002; Emilio et al., 2003; São Paulo, 2003), interseccionado com classe social, raça/etnia, geração, capital cultural e social, identidade sexual, religião e não como uma condição que determina por si só, diferencial de vulnerabilidade.

Nesse sentido as violações de direitos das mulheres passaram a ser invisíveis no processo de naturalização de desigualdade de gênero. Planos e programas foram elaborados para focá-los, pois persistem há séculos e demandam um esforço de toda a sociedade para a inclusão do paradigma da igualdade, pois o desenvolvimento de um país, de uma sociedade depende da inserção de todos os seres com oportunidades iguais o que não tem ocorrido devido às classificações e categorização de sujeitos baseados no sexo resultando em iniquidades de saúde principalmente na mulher.

A visualização e desnaturalização dos modelos preconceituosos e estereotipados sobre o masculino e o feminino nos serviços de saúde são fundamentais para a constituição de relações mais igualitárias entre os sexos.

No que concerne à saúde, as mulheres são as principais usuárias e trabalhadoras do SUS e a maioria da população brasileira. As históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em impacto forte nas condições de saúde das mulheres, sendo as questões de gênero um dos determinantes de saúde a ser considerado na formulação das políticas públicas. Assim as mulheres constituem-se em um segmento fundamental para as políticas de saúde tanto pela importância numérica, mas também devido a outras variáveis como

raça/etnia e situação de pobreza que fazem com que as desigualdades sejam aprofundadas (Olinto & Olinto, 2000). Nesse sentido essas variáveis necessitam ser incluídas na formulação, implementação e avaliação de estratégias de intervenção governamental em todas as políticas.

Torna-se de fundamental importância estudos e pesquisas sobre gênero que atuem nessas esferas colocando os paradigmas em evidência para nortear políticas públicas mais inclusivas e justas na perspectiva dos direitos humanos e da mulher.

Como relatado anteriormente não existiriam estudos sobre o conceito de gênero enquanto categoria analítica se não houvesse um embate durante séculos do movimento social, de mulheres e feminista no enfrentamento das disparidades consideradas “naturais” entre homens e mulheres através das opressões simbólicas e materiais constantes a partir da categoria sexo (Scott, 1995; Saffioti, 2002).

A conquista da equidade em saúde deve ser a meta do cuidado já instituída como um direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Brasileira (Brasil, 1988) e no arcabouço jurídico do SUS com o princípio da equidade. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 encontra-se representado, no artigo 4º, inciso VIII, que dispõe sobre a igualdade racial; do artigo 5º, I, que trata da igualdade entre os sexos; do artigo 5º, inciso VIII, que versa sobre a igualdade de credo religioso; do artigo 5º, inciso XXXVIII, que trata da igualdade jurisdicional; do artigo 7º, inciso XXXII, que versa sobre a igualdade trabalhista; do artigo 14, que dispõe sobre a igualdade política ou ainda do artigo 150, inciso III, que disciplina a igualdade tributária. A Constituição do Brasil de 1988 significou um importante marco para a transição democrática brasileira. Resultado do intenso trabalho de articulação dos movimentos feministas, conhecido como *lobby* do batom, que apresentou propostas para um documento mais igualitário, a denominada Constituição Cidadã trouxe avanços no tocante ao reconhecimento dos direitos individuais e sociais das mulheres. Nesse sentido é fundamental incluir o conceito de gênero também na saúde pública como um componente essencial para conhecer e monitorar a condição de desigualdade na saúde entre homens e mulheres e balizar as ações como determina também todos os tratados assinados pelo Brasil sobre essa questão.

4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos foram utilizadas duas estratégias: uma revisão bibliográfica para apreender os entendimentos sobre o conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e a pesquisa qualitativa com os gestores locais para identificar os entendimentos sobre o conceito de gênero na assistência à saúde como especificado a seguir.

4.1 Metodologia da pesquisa: “conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde”

Marco teórico e fonte dos dados

Esse estudo considera gênero enquanto categoria de análise incluída nos estudos científicos como definida por Joan Scott (1995): gênero entendido enquanto uma categoria de análise: 1 - uma construção social que hierarquiza homens e mulheres. É um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; 2 – gênero é uma forma primária e não única de dar significado às relações de poder. Quando ocorrem mudanças nas relações sociais elas correspondem a mudanças nas representações de poder, mas a mudança é unidirecional. Segundo Scott (1995), para entender o fenômeno da desigualdade da mulher em relação ao homem deve-se analisar três aspectos: 1 - gênero como constructo social; 2 – gênero como construção social e relacional; 3 - a implicação de gênero com questões éticas e política em relação aos direitos humanos e da mulher.

Foi realizada pesquisa e análise do conceito de gênero associado à saúde presentes na literatura com o descritor “gênero e saúde” em janeiro de 2014 em periódicos disponíveis na base de dados SciELO no período compreendido entre 2009 e 2013. A palavra-chave “gênero e saúde” seguiu o vocabulário de descritores em ciências da saúde - DeCS da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram identificados 71 artigos, selecionados 41 que constituíram-se no corpus da análise. Para a classificação dos artigos foi utilizada a mesma categorização proposta por

Araújo et al. (2011): violência, sexualidade e saúde reprodutiva, agravos à saúde, masculinidades, trabalho e outros.

4.2 Metodologias da pesquisa: representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária em saúde

Esse estudo qualitativo utilizou noções da Teoria das Representações Sociais (TRS) definida como:

"[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (Jodelet, 2001, p.22).

As representações são tratadas como ponto de vista, a ótica dos sujeitos envolvidos sobre o objeto em pauta (Jodelet, 2001; Moscovici, 1961). Para desvelar as representações, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas registradas em gravador e transcritas (APÊNDICE B).

A categoria analítica gênero pode ser compreendida como marcador de relações sociais de hierarquização por sexo e as instituições apresentam-se sensíveis à perspectiva de gênero a partir concretamente de pressões dos movimentos sociais (Heilborn, 2004).

Minayo (2010) registra que:

"[...] o que torna o trabalho interacional um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais é a possibilidade que tem a fala de ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. [...] a representatividade do grupo na fala do indivíduo, portanto, ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que as expressões pessoais apresentem sempre variações em conflito com as tradições" (Minayo, 2010; p.204 e 208).

Utilizou-se o referencial teórico de gênero proposto por Scott (1995), interpretado por Araújo et al. (2011) além de Butler (2010). Esse referencial permite evidenciar assimetrias de poder e hierarquização naturalizadas entre homens e

mulheres e suas repercussões na reprodução de desigualdades que podem impactar na determinação de saúde. Gestores locais de saúde são atores fundamentais, autoridades sanitárias que articulam equipes e população para planejamento e programação de saúde. O cenário do estudo incidiu somente nas unidades com significativas áreas de risco social definindo-se pela inclusão de todos os distritos, pois se constituem territórios singulares com características diferenciadas compondo um universo de 35 (trinta e cinco) gestores dos quais se entrevistou pelo menos um gerente de cada um dos Distritos e também foi levado em consideração o critério de saturação (Minayo, 2010) ou seja, quando se avalia no sequenciamento que a questão colocada aos entrevistados refletem continuamente os objetivos da pesquisa ou que pouco ou nada contribui substantivamente a partir dos dados já coletados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa René Rachou Parecer 453.029 de 11/11/2013, COEP/CPQRR-CAAE 23219813.0.0000.5091 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Parecer nº 604689-0 17/12/2013, CAE 23219813.0.3001.5140 CEP/SMSA/BH (ANEXO B). O consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e seguido os preceitos da mesma (APÊNDICE C). Os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes de deuses da mitologia grega para evitar possível identificação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão são apresentados em dois artigos científicos: o primeiro, intitulado “Conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde” e o segundo artigo “Representações de gênero pelos gestores locais da Atenção Primária em Saúde” que serão submetidos à publicação.

5.1 Artigo 1

Conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde

Concept of gender in the Brazilian scientific production of health

CONCEITO DE GÊNERO NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA DE SAÚDE

Concept of gender in the Brazilian scientific production of health

Resumo

Desigualdades e iniquidades de gênero ganham novas formas de indagação científica a partir da construção teórica do conceito de gênero, formulado por Scott (1995). A formulação desse conceito vai estabelecer novas formas para se entender os processos histórico, cultural e político das desigualdades entre homens e mulheres. **Objetivo:** Identificar os entendimentos sobre o conceito de gênero utilizado na produção científica brasileira na área da saúde. **Metodologia:** Busca de artigos publicados na base de dados SciELO no período de 2009 a 2013 através do descritor gênero e saúde. **Resultados:** Foram identificados 71 artigos e selecionados 41 na produção científica brasileira. Três foram os entendimentos sobre gênero: gênero como sinônimo de sexo; gênero como descrição das diferenças entre os sexos; gênero como assimetria de poder. Observou-se que o uso da categoria gênero na perspectiva de Scott esteve presente principalmente nos estudos sobre violência (73,7%). **Conclusão:** A análise de gênero na perspectiva da dimensão ético-política de produção de sujeitos desiguais e hierarquizados é ainda incipiente na produção científica de saúde.

Descritores: Gênero e saúde, desigualdades em saúde, direito à saúde, violência contra a mulher, sexismo, saúde do homem.

Summary

Inequalities and inequities of gender gain new forms of scientific inquiry from the theoretical construction of the concept of gender, formulated by Scott (1995) and used by Schraiber and Butler (2010). The formulation of this concept will establish a new paradigm for understanding the historical, cultural and political processes of inequality between men and women. **Objective:** To identify the understandings of the concept of gender used in Brazilian scientific production in health. **Methodology:** Search of articles published in the SciELO database in the period 2009-2013 through the descriptor gender and health. **Results:** 71 articles were identified and selected in 41 Brazilian scientific productions. Three were the understandings of the concept of gender: gender equal sex; gender as a description of the difference between sexes; gender as power asymmetry of the concept of gender. It was observed that the use of gender perspective in Scott was present mainly in studies of violence (73.7%). **Conclusion:** There are three understandings of the concept of gender more used in Brazilian scientific production in health. Gender analysis in the perspective of ethical-political dimension of producing unequal and hierarchical subject is still incipient.

Keywords: Gender and health, inequalities in health, right to health, violence Against Women, sexism.

Introdução

As desigualdades e iniquidades de gênero ganham novas formas de indagação científica a partir da construção teórica do conceito de gênero, formulado por Scott¹ e Butler². Essa categoria analítica permite demonstrar as assimetrias entre homens e mulheres e sua “naturalização” a partir das diferenças inscritas na cultura para distinguir os sexos^{1, 3-5}. Essas representações processadas e construídas a partir da hierarquização, desvalorização e naturalização das desigualdades resultam em perda de autonomia das mulheres e violência²⁻¹⁰. Gênero contribui para evidenciar desigualdades a partir das relações de poder, com a subordinação das mulheres e conhecer as causas que as provocam⁷. Assim, há uma demarcação de que a biologia e a cultura não são destinos^{2,8,9}.

O entendimento sobre o conceito de gênero utilizado na produção científica brasileira de saúde pode refletir nos conceitos dominantes entre pesquisadores e profissionais de saúde e impactar sobre processos de saúde-doença de homens e mulheres como um determinante social de saúde. Assim, pretende-se identificar os entendimentos do conceito de gênero utilizados na produção científica brasileira em saúde na base de dados do Scientific Electronic Library Online-SciELO.

Objetivo

Identificar os entendimentos sobre o conceito de gênero presentes na literatura brasileira da área de saúde

Caminho metodológico

A perspectiva teórica de gênero constitui-se no referencial teórico-metodológico que orienta esse trabalho. Gênero, enquanto categoria analítica que permite evidenciar o fenômeno das desigualdades e assimetrias de poder nas construções sócio históricas, dirigidas às mulheres limitando a sua autonomia^{1,2,4}. Para o entendimento do fenômeno da desigualdade da mulher em relação ao homem, segundo Scott, devem-se analisar três aspectos: gênero como um constructo social; gênero como construção social e relacional; e a implicação de gênero com as questões éticas e políticas em relação aos direitos humanos especialmente da mulher¹ (Scott, 1995). Para analisar o conceito de gênero

associado à saúde presentes na literatura pesquisou-se o descritor gênero e saúde em periódicos da base de dados SciELO, em janeiro de 2014 (Tabela 1). O período de análise foi compreendido entre 2009 e 2013 (Tabela 1) no qual existiam estudos anteriores e revisão sistemática sobre o tema representando vários sentidos e entendimentos sobre o conceito de gênero^{5,8,11-15}.

Gênero e saúde seguiu o vocabulário de descritores em ciências da saúde-DeCS da BVS-Biblioteca Virtual em Saúde. Identificou-se 71 artigos e após leitura criteriosa na íntegra por duas autoras de forma cega e independente, foram incluídos 41 deles. Esse *corpus* foi descrito quanto a ano, local de publicação e, com base na leitura crítica, foi classificado segundo conteúdos que sintetizassem temas centrais (Tabela 2), e os sentidos e os entendimentos dos conceitos utilizados foram identificados, e classificados a partir do referencial proposto (Figura 1).

Tabela 1 - Distribuição da produção total (N), publicada em periódicos, segundo o período de publicação com descritor gênero e saúde. Brasil 2009 - 2013

Tipo publicação/ artigos periódicos	Período publicação					Total	%
	2009	2010	2011	2012	2013		
	N	N	N	N	N		
Texto Contexto - Enferm.					1	1	2,4
Saúde Sociedade			1		1	2	4,9
Rev. Saúde Pública	5	3	1	1	1	11	27,0
Rev. Esc. Enferm. USP	1		1	1		3	7,3
Rev. Bras. Ed. Med.	1					1	2,4
Rev. Latino Am. Enferm	2	1				3	7,3
Rev. Gaúcha Enferm.		1			1	2	4,9
Rev. Bras. Saúde Oc.	1					1	2,4
Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.			1			1	2,4
Rev. Bras. Reumatologia			1			1	2,4
Rev. Bras. Psiquiatr.	2					2	4,9
Rev. Bras. Enfermagem	1				1	2	4,9
Physis				1		1	2,4
Interface –Botucatu			1			1	2,4
Escola Ana Nery	2					2	4,9
Ciência Saúde Coletiva			2	2		4	9,8
Caderno Saúde Pública		1			1	2	4,9

Tipo publicação/ artigos periódicos	Período publicação					Total	%
	2009 N	2010 N	2011 N	2012 N	2013 N		
Rev. Bras. Epidemiol.					1	1	2,4
Total	15	6	8	5	7	41	100,0
%	36,6	14,6	19,5	12,2	17,1	100	

Na classificação dos artigos foram utilizadas as categorias: violência, sexualidade e saúde reprodutiva, agravos à saúde, masculinidades, trabalho e outros⁵. A partir dessa classificação dos artigos, analisou-se que havia várias formas de utilização e de entendimentos sobre o conceito de gênero.

Tratamento analítico

O conceito de gênero é polissêmico entre os vários autores que debatem o tema^{2,5,11}. Segundo Butler², gênero não é um problema do campo da sexualidade, é um problema político e ontológico. Mas não só gênero, sexo também faz parte das categorias construídas segundo Butler² que defende a utilização da categoria **sujeito** dialogando com o humanismo testando-o e contrapondo-o nas formações de sujeitos diferentes e desiguais. Questiona não somente as identidades **homem** e **mulher** ou outras, mas também o próprio sentido do verbo **ser** quando se diz que alguém é isso ou aquilo. Esse alguém se identifica ou se deixa hétero-identificar, se inscreve apenas em um cenário ontológico, que é promovido pelo discurso e toda sua materialidade no âmbito da ação e da vida. Mas isso poderia ser diferente em um cenário democrático onde as pessoas pudessem expressar-se livremente². Butler² denomina essas como classificações para a exclusão, então quando alguém se afirma mulher, no âmbito do feminismo, essa identidade, que ao mesmo tempo serve para libertá-la na luta por direitos, também serve para a exclusão desse mesmo sujeito, colocando-a de volta num lugar de opressão onde o próprio feminismo prometia emancipar seu sujeito. Nesse sentido chama de performatividade, a permanente construção de gênero, e também em produzir o corpo abjeto, ou seja, todos aqueles que não se enquadram na estrutura binária do corpo sexuado homem e mulher. Acrescenta que todos os outros são considerados corpos abjetos, como se um modo de existir fosse o único correto: os que não se

encaixam na estrutura seriam menos que humanos, pois lhes são negados o ser sujeitos. Butler² defende, além das mulheres, todos aqueles que não se enquadram nos discursos que invocam a natureza fixa do corpo e sua crítica ao humanismo é motivada por essa classificação para a exclusão.

Esse artigo utilizou o referencial teórico de gênero proposto por Scott¹, interpretado por Araújo et al.⁵ mais Butler². Segundo Araújo et al.⁵, o conceito de gênero como categoria analítica está relacionado com o poder político sustentado pela permanência de diferenciações no acesso a bens e na construção de símbolos que perpetuam iniquidades. Assim há dois possíveis sentidos analíticos e interpretativos na aplicação do conceito de gênero: um sentido parcial que leva em conta somente a comparação descritiva das diferenças entre masculino e feminino, sem análise das causas dessas diferenças como as relações de poder estruturadas na sociedade como naturais; um sentido completo que além das diferenças sociais e culturais, dos significados simbólicos para conceber papéis diferenciados entre os sexos na construção de masculinidades e feminilidades considera a redução de autonomia da mulher e as assimetrias de poder que resultam em desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias¹⁶.

A mídia e vários estudos científicos^{5,17} passaram a substituir sexo por gênero constituindo-se, pode-se dizer em certa linha de modismo referenciado no biológico demonstrando desconhecimento da categoria de análise gênero.

Resultados

Há concentração dos artigos na publicação Revista de Saúde Pública, nos anos 2009 e 2010 quanto ao ano de publicação (Tabela 1), e no tema violência (Tabela 2). Com relação ao local de produção há concentração da produção dos estudos na região Sudeste, em São Paulo. A partir da classificação temática, aglutinou-se os artigos chegando-se a três categorias de entendimentos de gênero: gênero igual a sexo; gênero como descrição das diferenças entre os sexos; gênero igual a assimetria de poder, que considera todo o seu potencial analítico incluindo repercussões éticas e políticas^{1,5,17,18} (Figura 1).

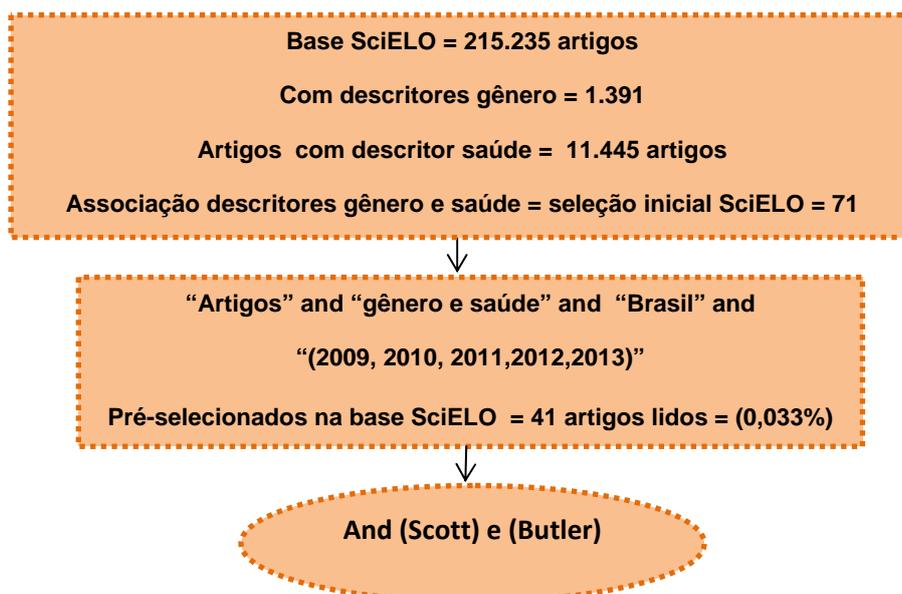
Nesse artigo propõe-se a utilização de três categorias de entendimento sobre gênero segundo a Figura 1.

Figura 1 – Sentidos atribuídos a gênero



A descrição da pesquisa na base SciELO (Figura 2) aponta que somente 0,009% (n=19) das publicações incorporam análise na perspectiva de gênero – gênero igual à assimetria de poder que serão discutidas nesse estudo. Dos 41 artigos, observa-se que em treze foi utilizado gênero como sinônimo de sexo e nove artigos, apesar de trazer como descritor a palavra gênero, não utilizaram tal conceito na pesquisa, abordando somente a descrição das diferenças entre os sexos.

Figura 2 - Pesquisa na base de dados do SciELO



Em 19 observa-se a utilização do conceito de gênero prevalecendo a temática violência de gênero contra a mulher (Apêndice A).

Tabela 2. Classificação dos temas dos 41 artigos selecionados

Temas	N	%
Violência	15	36,6
Sexualidade e saúde reprodutiva e IST/HIV/Aids	5	12,2
Masculinidades e saúde do homem	8	19,5
Agravos à saúde	8	19,5
Trabalho	3	7,3
Outros	2	4,9
Total	41	100

Com relação ao sexo dos autores 78% (n=32) dos artigos tinham autoria feminina, 22% (n=9) masculina. Houve concentração de autoria feminina nos temas sexualidade, saúde reprodutiva, DST/AIDS e violência 28% (n=14). Chama atenção a autoria sobre o tema masculinidades sendo 2,1% (n=1) de autoria masculina.

Sobressaíram-se os estudos com abordagem quantitativa 53,6% (n=22). Os demais desenhos encontrados foram: revisão 9,7% (n=4), ensaio teórico 2,4% (n=1), e análise documental 7,3% (n=3).

Gênero como assimetria de poder

Quase metade das produções (46,3%) consideram gênero como “um conjunto de referências que estrutura a organização material e simbólica de toda a vida social”^{1, 3-5, 19}. A violência surge então como resultado natural, uma forma de reconquista do poder pelo homem ou como prática educativa no modo como em tempos atrás, foi concebida na educação de crianças¹⁹. No estudo das vivências da vida conjugal predomina baixo nível de instrução e renda das mulheres, longo tempo de exposição à violência com sentimentos de medo e aprisionamento devido à intimidação, ameaça, agressão e controle pelo agressor. Os resultados disso são desigualdades de posições, de direitos, de autonomia, de autoridade, de deveres e acessos aos bens²⁰.

Os comportamentos das mulheres são condicionados pelos atributos construídos desde a infância como a feminilidade que significa menosprezo da capacidade da mulher para autodeterminar-se socialmente e mais vulnerável ao abuso físico e emocional. E como seu complemento a masculinidade idealizada no casamento, com papéis de mãe, esposa e mulher.

Há situação de total subjugação do outro, com ausência de poder, autonomia e independência, sendo importante que todas as políticas sigam o sugerido na Conferência de População e Desenvolvimento Cairo/94: empoderamento da mulher para enfrentamento das desigualdades de gênero. Discriminação e violência de gênero associam-se a representações distorcidas da mulher no estudo onde mensura existência de preconceitos nas manifestações dos estereótipos de gênero e sexismo ambivalente em adolescentes masculinos¹⁹. Autonomia é uma necessidade estruturante para o enfrentamento dessa violência e revela o contraponto do reducionismo que se traduziu na desresponsabilização dos serviços como um aspecto convergente entre os discursos dos profissionais e usuárias do serviço de saúde²¹.

No enfrentamento da violência é fundamental a inclusão de gênero tanto nas políticas de saúde quanto no processo de trabalho das equipes, condição necessária para redução das iniquidades. Mas sabe-se que isso não basta. Políticas de gênero são necessárias em todos os âmbitos para se mudar o paradigma da iniquidade. Na análise das concepções dos profissionais de saúde sobre demandas e comportamentos da população masculina atendida nos serviços de saúde, mudança na mentalidade dos homens é necessária no sentido de um maior autocuidado corporal à garantia de melhores condições de saúde e pressupõe relações de gênero igualitárias²².

Na análise das concepções de homens usuários e profissionais de saúde da atenção primária encontra-se uma diversidade de modelos de masculinidade que definem diferentes formas para pensar o cuidado de saúde²³.

O instrumento sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres da OMS mostra-se adequado para estimar a violência contra a mulher e sua utilização em estudos sobre o tema no Brasil¹⁹. Há descompasso entre a violência sofrida por mulheres e seu registro, mostrando que o

agir técnico encontra-se substituído pelo domínio pessoal, não reconhecendo a violência contra as mulheres como um agravo à saúde e como objeto do trabalho em saúde²⁴, corroborado por outros autores^{25,26}.

A discriminação e violência de gênero associam-se a representações distorcidas da mulher com representações sexistas²⁷. Adolescentes consideram o choro como descontrole feminino e avaliam que têm motivos para agir violentamente ancorados na ideia de que o espaço privado é assunto para mulher e que o homem pode exercer seu poder e domínio sobre ela e naturalmente autorizado a agir quando ela não cumpre com as “suas” obrigações domésticas. Nesse sentido quando a sociedade destina para a mulher um papel submisso e passivo, a sociedade cria espaço para a dominação masculina no qual se considera legítimo um processo de mutilação feminina lenta e gradual²⁷. As adolescentes apresentam-se vulneráveis à violência quando aceitam e legitimam esse comportamento, atribuindo à própria mulher responsabilidade pela agressão sofrida, passando a ideia de que o homem está no seu direito de corrigi-la²⁸.

Na conjugalidade as vítimas de violências por parceiro, além de se perceberem incapazes de negociar sentindo-se desvalorizadas, autoimagem negativa, sentimentos de inferioridade, insegurança, aprisionamento, desamparo, apresentavam ansiedade, insônia e distúrbios sociais. Com isso, assumir a rejeição e enfrentar a violência exige delas coragem, renúncia do projeto de vida, conjugalidade incluída e busca pela sobrevivência, apoio institucional policial e jurídico podendo ser também de proteção à vida. Nas relações conjugais tradicionais, o exercício do poder é desigual entre os sexos e a mulher é destituída de autonomia, do direito de decidir, inclusive sobre o seu próprio corpo²⁹.

Há diferenças socioculturais e atributos de gênero com relação à violência por parceiro íntimo que está associada à aceitação da violência e normas hierárquicas de gênero, como direito masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos havendo conflitos quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo³⁰. A prevalência de violência física e/ou sexual durante a vida foi de 28,9% em São Paulo e 36,9% na Zona da Mata de Pernambuco³⁰.

Outro estudo em Brasília corrobora esses achados apresentando alta prevalência de violência psicológica no decorrer da vida e nos últimos doze meses, de violência física ao longo da vida e no último ano e de violência sexual³¹. Há vulnerabilidade das mulheres quando quase a metade relata que as esposas devem obedecer a seus maridos mesmo sem concordar com eles e 72% afirmam que problemas familiares devem ser discutidos apenas com membros da família; 36% afirmam que os parceiros procuram evitar que elas visitem ou vejam amigos; 22% dos parceiros procuram restringir o contato delas com os familiares; 45% insistem em saber onde a parceira está o tempo todo; 45% as tratam com indiferença, 27% suspeitam frequentemente infidelidade delas e 12% esperam que elas peçam permissão para ir aos serviços de saúde³¹. Uma em cada quatro mulheres relatou ter sido ameaçada, sofrido lesão por arma branca e de fogo e 41% entre essas afirmaram ter sofrido episódios recorrentes desse tipo de violência; 65% declararam ter tido muitos episódios de relação sexual por medo do parceiro.

Estudo sobre hospitalização de mulheres vítimas de agressão no Hospital de Porto Alegre registrou que 68,5% das internações eram de mulheres vítimas de agressão mostrando o descaso e a subnotificação, pois dados nos prontuários estavam incompletos e/ou faltavam registros e o tratamento restringiu-se às lesões físicas contribuindo para a invisibilidade dos eventos de violência contra a mulher tanto nos serviços de saúde, quanto na sociedade e no censo comum³². Mostrou também que as mulheres foram agredidas nos finais de semana e estavam na faixa de idade produtiva e reprodutiva resultando significativos índices de incapacidade ou morte e que um em cada cinco dias de falta ao trabalho decorreram da violência doméstica sofrida por mulheres³².

Na cidade balneário de Matinhos além dos atendimentos às mulheres focarem nas lesões físicas as mulheres eram denominadas pelos profissionais de saúde como poliqueixosas devido à diversidade de sinais e sintomas físicos e psicológicos difíceis de serem explicados, diagnosticados e tratados. Nesse caso a violência se dava fora da temporada de verão quando homens ficavam ociosos e sem trabalho, diferente da realidade do estudo de Porto Alegre em que casos ocorriam nos finais de semana³³. Sobre recursos sociais de apoio às mulheres um estudo mostra que se mantinham desarticulados, sem integração de trabalho em rede para fortalecer os direitos de cidadania, acesso e qualidade do serviço prestado

às mulheres em situação de violência. Mostra necessidade de treinamento, articulação das instituições e conhecimento da realidade vivida pelas mulheres em situação de violência de gênero³⁴.

A violência afeta o processo saúde-doença das mulheres no espaço das relações conjugais ao longo de suas vidas, apresentando mais problemas de saúde, gerando mais custos de atenção sanitária e maior frequência aos serviços hospitalares e de urgência que outras pessoas que não têm maus tratos. Depoimentos das mulheres denunciam a pressão emocional em que viviam acarretando distúrbios de ansiedade e depressão, estresse pós-traumático, medo, fadiga, disfunção sexual, desordens de alimentação e do sono. Revelaram o poder total do parceiro sobre o corpo e a vontade dessas mulheres, manifestado pelo estupro conjugal, ainda que socialmente legitimado, trazendo sérias consequências para suas vidas implicando em sentimentos de impotência, decepção, desamor e desesperança. E os profissionais de saúde assumiram uma atitude prescritiva com viés de gênero impregnado de estereótipos sociais³⁵.

Mulheres reconheceram vulnerabilidade nas outras mulheres e perceberam o risco do outro em contrair IST/HIV/Aids, porém não se consideraram em risco não tomando medidas protetivas contra o vírus, pois estaria ligado a um código moral, no qual o casamento parece garantir imunidade à doença. Na ideia da Aids como doença do outro, as mulheres se perceberam supostamente protegidas, pois o outro se contamina por se comportar de maneira promíscua. O não uso do preservativo foi devido à resistência masculina em não usar, dificuldade das mulheres em exigí-lo, poderia gerar desconfiança e vergonha de decepcionar o parceiro. O uso trazia a ideia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico em que prezavam a fidelidade e a confiança. Outro estudo corrobora demonstrando que representações de mulheres relacionavam o fato de ser casadas e ter parceria fixa como uma forma de proteção contra a Aids^{36,37}.

Homens têm necessidades de saúde, mas retardaram a sua busca pelos serviços só o fazendo quando não conseguiam mais lidar sozinhos com sintomas. Apontaram razões como trabalho, maior capacidade física masculina, atributo que os fazem sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento, relataram falta de tempo, receios da perda do emprego e dificuldade de acesso aos serviços. Por outro lado esse estudo constatou serviços centrados em consultas médicas individuais,

valorizando a assistência, profissionais centrados na terapêutica de patologias, muitos encaminhamentos, pedidos de exames e medicamentos. Há também reprodução da cultura de gênero entre profissionais que relatam a saúde como cuidado referente mais às mulheres. E quando profissionais tentavam ultrapassar a dimensão biomédica adotaram muitas vezes atitudes e valores de ordem pessoal e moral estabelecendo para o adoecimento juízos de cunho religioso e espiritual¹⁹.

Discussão

Foram encontrados três entendimentos sobre o conceito de gênero. O mais comum é gênero como descritor de sexo, presente em treze trabalhos. Gênero como descrição das diferenças entre os sexos contou com nove artigos que relatam eventos não analisando as estruturas de poder que promovem desigualdades reduzindo a autonomia dos sujeitos enquanto seres em relações éticas no mundo da vida sempre em transformação. Menos da metade da produção estudada contou com compreensão teórica e abordagem prática de gênero como assimetria de poder. Entre esses, a temática violência foi abordada por 73,7%, pois se refere ao resultado da construção de projetos existenciais com o paradigma da iniquidade.

A violência contra a mulher convive com ações que negam o humano impingindo sentimentos de medo, vergonha, humilhação, desesperança e culpa que entorpece as mulheres em situação de violência por meio de grande tensão emocional¹⁹. A incorporação de gênero no cotidiano dos serviços de saúde ainda não atinge a prática concreta dos profissionais. Há uma dupla vitimização da mulher que sofre violência devido a atrasos, faltas frequentes ao trabalho e perda do emprego. Um olhar cuidadoso de gênero por parte de empregadores pode evitar injustiças desnecessárias como perda salarial ou demissão, pois o trabalho representa um local seguro e talvez único, podendo até preservar suas vidas. Empregadores sensibilizados podem contribuir na interrupção da violência por meio de parceria com a mulher por razões humanitárias e também com os abusadores sensibilizando-os e oferecendo recursos para interrupção da violência³⁸.

A divisão dos papéis foi baseada nas diferenças biológicas, na capacidade reprodutiva e não na produtiva das mulheres, feminizando-as e desvalorizando-as e assim a mulher é sempre contextualizada, mesmo aquelas inseridas no mercado de

trabalho formal³⁹. A violência de gênero contra a mulher é precoce e naturalizada por meio da família, educação, religião, ciência e política tornando-se desigualdades evitáveis, desnecessárias e injustas^{8,16}.

Nessa construção de mulher sujeitada a ideologias, estereótipos, disciplinamentos e medicalização do corpo em toda a sua vida subjazem vulnerabilidades várias, pois a desigualdade material e simbólica impregnada na categoria mulher traz em si a marca de um sujeito de menor valor, abaixo do humano^{3-5,40}. E, além disso, mesmo sofrendo violência e discriminação se percebe culpada pela situação devido a construções de que o homem pode perder a cabeça por sua causa e bater-lhe quando não cumpre com obrigações domésticas, ou construções de que o homem não consegue controlar sua necessidade de sexo. Considerando o caráter performático de gênero que é construído em territórios que separam atribuições de homens e mulheres, todos nós reproduzimos essas diferenças e desigualdades, pois nascemos em uma sociedade *genderizada* que considera o paradigma da dominação masculina. Há que se avançar e superá-los para transformar o sistema de ideias em torno do gênero discutindo-os e multiplicando estudos nas várias áreas do conhecimento e serviços de saúde para que sejam reconhecidos e visualizadas as várias conformações de feminilidades e masculinidades e os impactos no processo saúde-doença dos sujeitos envolvidos.

Considerações finais

O estudo revelou que a comunidade científica brasileira ainda não incluiu gênero na produção de saúde no período estudado. A abordagem de gênero na perspectiva da dimensão ético-política de produção de sujeitos desiguais e hierarquizados é extremamente necessária, mas ainda incipiente, apesar de ser um imperativo ético a garantia dos direitos humanos para todos os seres, inclusive a mulher. Outro projeto civilizatório mais democrático é necessário, para que se coloque em pauta a igualdade de gênero.

REFERÊNCIAS

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. 1995; 20(2): 71-99.
2. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 3a. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
3. Heilborn M L. Dois é par; gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
4. Schraiber LB, d' Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2014 Jan 30]; 25(Suppl 2): s205-16. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003.
5. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface. (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2011 Set [acesso em 2014 Mar 29];15(38): 805-18. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=en&nrm=iso.
6. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2002. [acesso em 2014 Jan 30];18(Suppl): S103-12. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700011&lng=en&nrm=iso.
7. Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Revista Estudos Feministas* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2014 abril 1]; 1277-105. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38112205>.
8. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2006 Ago [acesso em 2014 31 de janeiro], 40 (SPE):121-32. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400017&script=sci_arttext.
9. Cyrino R. Mulheres executivas: a divisão do trabalho doméstico à luz dos estereótipos de gênero. Belo Horizonte: Fino Traço; 2012.
10. Foucault M. *Microfísica do poder*. 25a ed. São Paulo: Graal; 2012.
11. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2009, Julio-Agosto [acesso em 2014 abril 1]; 14(4): 997-1006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400002.
12. Rodrigues MA, Pinheiro, LAF, Thume E, Maia F. Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*

- [periódico na Internet]. 2009 [acesso em abril 06]; 25 (Supl 3): S464-76. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001500011.
13. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. [periódico na internet]. 2010, [acesso em 2014-04-06]; 44(6):1137-43. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600020.
 14. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc*. [periódico na internet]. 2013 June [acesso em 2014 Jan 30]; 22(2): 415-28. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200013&script=sci_arttext.
 15. Fonseca RMS, Guedes RN, Zalaf MRR, Venâncio KCMP. Pesquisa de gênero na produção de enfermagem: contribuição do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Dez; 45 (2): 1690-95.
 16. Whitehead M, Dahlgren G. OMS: Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. 2006, reimpresso em 2007.
 17. Barata RB. Relação de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 73-94.
 18. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: uma perspectiva das práticas profissionais. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em 2014 jan 20]; 17 (10): 2635-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>.
 19. Schraiber, LB et al. Validade do instrumento para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010 Ago; 44(4): 658-666.
 20. Souto CMRM, Braga VAB. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. *Rev Bras Enferm*. [periódico na internet]. 2009 Oct [acesso em 2014 Jan 30]; 62(5): 670-4. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=531562&indexSearch=ID>.
 21. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2011 Dez [acesso em 2014 Jan 30]; 45(spe2):1731-35. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40896>.
 22. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2012 Out [acesso

em 2014 Jan 30]; 17(10): 2617-26. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/11.pdf>.

23. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2014 Jan 30]; 16(Suppl 1): 935-44. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=582527&indexSearch=ID>.
24. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2011 Mar [acesso em 2014 Mar 30]; 16(3): 1943-52. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf>.
25. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [periódico na internet]. 2009 Dec [acesso em 2014 Jan 30]; 17(6): 974-80. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600008&script=sci_arttext.
26. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. [periódico na internet]. 2013 Mar [acesso em 2014 Jan 30]; 34(1): 180-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/23.pdf>.
27. Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. *Esc Anna Nery* [periódico na internet]. 2009 Dez [acesso em 2014 Jan 30]; 13(4): 856-62. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>.
28. Mesquita FM, Eufrásio C, Batista, MA. Estereótipos de gênero e sexismo ambivalente em adolescentes masculinos de 12 a 16 anos. *Saúde Soc* [periódico na Internet]. 2011 Set [acesso em 2014 Mar 30]; 20(3): 554-67. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29741/0>.
29. Souto CMRM, Braga VAB. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. *Rev Bras Enferm*. [periódico na internet]. 2009 Oct [acesso em 2014 Jan 30]; 62(5): 670-4. Disponível em (endereço eletrônico).
30. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Junior IF, Ludermir AB; Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. [periódico na internet]. 2009 Abr [acesso em 2014 Mar 30]; 43(2): 299-311. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/7172.pdf>.
31. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2009 Dez [acesso em 2014 Jan 30]; 43(6): 944-53. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>.

32. Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.* [periódico na internet]. 2010 June [acesso em 2014 Mar 30]; 31(2): 328-34. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/18.pdf>.
33. Signorelli MA, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2013 Jun [acesso em 2014 Mar 30]; 29(6): 1230-40. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>.
34. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface (Botucatu)* [periódico na internet]. 2011 Mar [acesso em 2014 Jan 30]; 15(36): 93-108. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a08v1536.pdf>
35. Guedes RN, Silva Ana TMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery* [periódico na internet]. 2009 Set [acesso em 2014 Jan 30]; 13(3): 625-31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>.
36. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2009 June [acesso em 2014 Jan 30]; 43(2): 401-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf>.
37. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2012 Abr [acesso em 2014 Jan 30]; 46(2): 349-55. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40955/44468>.
38. Katula S. Domestic violence in the workplace – part I: Understanding how it affects victims. *AAOHN Journal*. 2006 May; 54 (5) 197-201.
39. Costa LHR, Coelho EAC. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. *Texto Contexto - Enferm.* [periódico na internet]. 2013 Jun [acesso em 2014 Mar 30]; 22(2): 485-92. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a26.pdf>.
40. Philipp RR. Derechos Humanos y género. *Cadernos CEDES* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 2014 abril 09]; 30 (81): 135-55. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-3262201000200002&lng=en&tlng=es.10.1590/S0101-3262201000020000

5.2 Artigo 2

Representações de gênero pelos gestores locais da Atenção Primária em Saúde

Gender representations by local managers of Primary Health Care

REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO PELOS GESTORES LOCAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Gender representations by local managers of Primary Health Care

Resumo

A articulação de gênero e saúde é um desafio inadiável devido às iniquidades persistentes na saúde da população. Preconceitos e estereótipos de gênero devem ser evidenciados e combatidos para que se possa efetivar a promoção da equidade em saúde. Iniquidade produz impacto negativo na saúde não apenas dos que são atingidos, mas também no conjunto da sociedade onde tais práticas são mais frequentes. Identificar as representações de gênero nos serviços de saúde é fundamental para que não se tornem uma caixa de repercussão de desigualdades na sociedade. **Objetivo:** Identificar representações de gênero pelos gestores locais de saúde e contribuir para reflexão de gênero na melhoria da assistência. **Metodologia:** Abordagem qualitativa na perspectiva de gênero, utilizando-se noções da teoria de representações sociais com entrevista semiestruturada com gestores da atenção primária em saúde. **Resultados:** Observou-se que para 70% dos gestores há equivalência entre os conceitos de gênero e sexo embora tenham demonstrado interesse em discutir gênero de forma ampliada incluindo as implicações das assimetrias de poder na área da saúde. Para avançar nessa abordagem foi sugerida sua inclusão na agenda, demandando aprendizado teórico e capacitação. Tal abertura e vitalidade do serviço são fundamentais para a melhoria da assistência na redução das iniquidades em saúde. **Conclusão:** Prestar assistência integral sem preconceitos e estereótipos de gênero é um grande desafio para gestores e profissionais da atenção primária em saúde. Análise de gênero nos serviços na perspectiva dos direitos humanos em saúde é inadiável para promover a equidade.

Descritores: Gênero e saúde, gestão em saúde, desigualdades em saúde, direito à saúde, sexismo, direitos humanos, saúde da mulher.

Resumen

La articulación de género y salud es un reto apremiante debido a las desigualdades persistentes en la salud. Los prejuicios y los estereotipos de género deben ser divulgados y abordarse de manera que podamos llevar a cabo la promoción de la equidad en salud. Iniquidad produce efectos negativos en la salud no sólo de los afectados, sino también a toda la sociedad donde estas prácticas son más frecuentes. Identificar las representaciones de género en los servicios de salud es fundamental para no convertirse en una desigualdad de rebote la vivienda en la sociedad. **Objetivo:** Identificar las representaciones de género por los gestores locales de salud y contribuir de la reflexión de género para mejorar la atención. **Enfoque de la metodología:** cualitativa desde una perspectiva de género, a través de entrevistas semi-estructuradas y la teoría de las representaciones sociales. **Dos resultados:** Se observó que el 70% de los directivos existe equivalencia entre los conceptos de género y sexo a pesar de que han mostrado interés en la discusión de género en un sentido más amplio incluyendo las implicaciones de las asimetrías de poder en materia de salud. Para avanzar en este enfoque se propone que se incluya en el orden del día, exigiendo el aprendizaje teórico y formación. Tal apertura y vitalidad del servicio son fundamentales para mejorar la atención en la reducción de las inequidades en salud. **Conclusión:** Proporcionar atención integral sin prejuicios y estereotipos de género es un desafío importante para los gerentes y los profesionales en la atención primaria de la salud en nuestra sociedad. El análisis de género en los servicios de la perspectiva de derechos humanos en materia de salud es urgente promover la equidad.

Descriptor: Género y salud, gestión de la salud, las desigualdades en salud, derecho a la salud, el sexismo, los derechos humanos, salud de la mujer.

Summary

The articulation of gender and health is a pressing challenge due to persistent inequities in health. Prejudices and gender stereotypes must be disclosed and addressed so that we can carry out the promotion of equity in health. Iniquity produces negative impact on health not only of those affected, but also the whole of society where such practices are more frequent. Identify the representations of gender in health services is fundamental to not become a housing rebound inequalities in society. **Objective:** To identify gender representations by local health managers and contribute to the reflection gender in improving care. **Methodology:** Qualitative approach from a gender perspective, using semistructured interviews and the theory of social representations. **Results:** It was observed that for 70% of the managers there is equivalence between the concepts of gender and gender although they have shown interest in discussing gender in a wider sense including the implications of power asymmetries in health. To advance this approach was suggested its inclusion on the agenda, demanding theoretical learning and training. Such openness and vitality of the service are fundamental to improving care in reducing health inequities. **Conclusion:** Providing comprehensive care without prejudices and gender stereotypes is a major challenge for managers and professionals in primary health care in our society. Gender analysis in the services on human rights perspective in health is urgent to promote equity.

Descriptors: Gender and health, health management, health inequalities, right to health, sexism, human rights, women's health.

Introdução

[...] Precisamos parar de acreditar no mito da igualdade de gênero... temos que ensinar às nossas meninas que elas podem chegar tão alto quanto humanamente possível[...] (Beyoncé, 2014)

A construção social de gênero reproduz preconceitos e estereótipos que reverberam em toda a sociedade a partir da assimetria de poder estabelecida e naturalizada em todos os âmbitos da vida social com desvalorização da mulher¹⁻⁶. O gênero enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação na construção da masculinidade e da feminilidade hegemônica vivida em seus papéis fixos, imutáveis e hierarquizados tem amplo impacto na saúde^{3,7-11}. A visualização dessas desigualdades pelos gestores e profissionais é necessária para conceber uma nova forma de acolher e atender mulheres e homens que necessitam de serviços de saúde^{6,10,12,13}.

Serviços de saúde são caixas de ressonância das relações desiguais estabelecidas e naturalizadas na sociedade^{9,12} reproduzidas inclusive pelas políticas de saúde. O compromisso em construir novas práticas menos fragmentadas e inclusão de novos saberes e tecnologias voltados para a efetivação da equidade é necessário para avançar na conquista dos direitos de cidadania da população nas áreas de alta vulnerabilidade social. Nesse sentido, a inclusão e efetivação de serviços e políticas de saúde na perspectiva de gênero é fundamental.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, inicialmente denominada de Programa Saúde da Família (PSF) para a reformulação do modelo brasileiro de atenção à saúde e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Envolve profissionais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e buscou ampliar o modelo sanitário médico-curativista para uma abordagem coletiva, multidisciplinar e interprofissional centrada na família e na comunidade. Mas esse processo tem tido pouco impacto na redução de iniquidades e vulnerabilidades quando se depara com as reais necessidades sociais da população que exige um esforço maior ainda de trabalho coordenado, intersetorial e abrangente^{14,15}.

Assim nas áreas de alta vulnerabilidade social, foco desse estudo, concentram a população pauperizada e as maiores necessidades de cobertura de saúde, integralidade, de equidade, integração das políticas, trabalho intersetorial, interinstitucional e maior complexidade dos problemas sociais. A atenção primária em saúde é referência para a maioria dessa população, senão toda, e importante porta de entrada no sistema de saúde.

Assim, é necessário além de investimentos também compreender a representação de gênero dos gestores da atenção primária e seus possíveis impactos na atenção à saúde das pessoas para promover a equidade em saúde.

Objetivo

Identificar representações de gênero de gestores locais e seus possíveis impactos na atenção à saúde contribuindo na reflexão de gênero para a melhoria da assistência em saúde.

Caminho metodológico

Esse estudo qualitativo utilizou o referencial teórico de gênero proposto por Scott¹ e interpretado por Araújo et al.⁶. Gestores locais de saúde são atores fundamentais, autoridades sanitárias que articulam equipes e população para planejamento e programação de saúde. O cenário do estudo incidiu somente nas unidades com significativas áreas de risco social definindo-se pela inclusão de todos os distritos, pois se constituem territórios singulares com características diferenciadas compondo um universo de 35 Centros de Saúde inseridos em nove Distritos Sanitários que compõem as nove regionais administrativas da Prefeitura de Belo Horizonte. Assim, foram entrevistados pelo menos um gerente de cada um dos Distritos e também foi levado em consideração o critério de saturação¹⁶ ou seja, quando se avalia no sequenciamento que a questão colocada aos entrevistados refletem continuamente os objetivos da pesquisa ou que pouco ou nada contribui substantivamente a partir dos dados já coletados. Nomes da mitologia grega foram utilizados para evitar identificação dos entrevistados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa René Rachou parecer nº

453.029 de 11/11/2013 COEP/CPQRR-CAAE 23219813.0.0000.5091 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos CEP/SMSA/BH-Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte parecer nº 604.689 17/12/2013 CAEE 23219813.03001.5140. O consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e seguido os preceitos da mesma.

O estudo utilizou noções da Teoria das Representações Sociais definida como:

"[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (p.22)¹⁷.

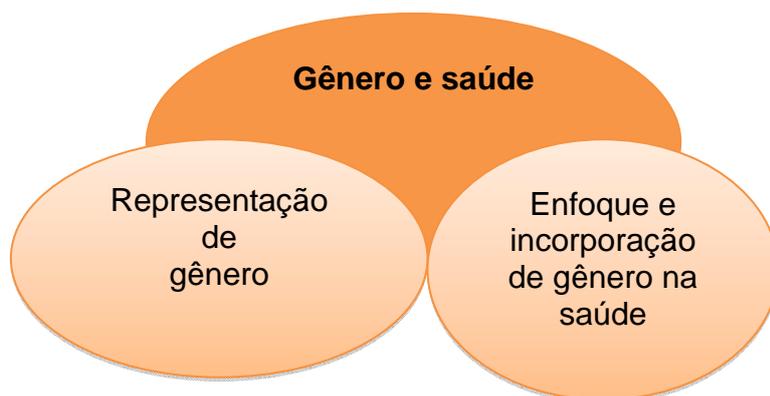
As representações são tratadas como ponto de vista, a ótica dos sujeitos envolvidos sobre o objeto em pauta^{17,18}. Para desvelar as representações, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas registradas em gravador e transcritas. Grande parte do conteúdo da entrevista referiu-se a questões sobre assistência à mulher. A interpretação das entrevistas foi dividida em três etapas: análise de cada entrevista separada com leitura vertical, buscando sentido global. Na segunda etapa fez-se desconstrução e reconstrução de cada entrevista na leitura horizontal, numerando o conjunto do texto em sequências, de acordo com o que foi explicitado sobre o objeto do discurso¹⁹. Esses objetos se encontram espalhados ao longo da fala, pois o processo para apresentá-los e justificá-los é sempre de idas e vindas. Na terceira etapa, os objetos e suas explicações foram reagrupados, reconstruindo sequências, reorganizando-as na totalidade do relato, tentando encontrar, acompanhar e reproduzir a categorização do próprio entrevistado. Após fez-se uma leitura transversal¹⁹ para averiguar o que era comum e discordante no conjunto de categorias empíricas presentes nas entrevistas e agrupar e categorizar os significados explicitados no *corpus* final, construindo categorias relativas às representações.

Resultados

Os dez gestores locais de saúde de Belo Horizonte entrevistados estavam lotados em diferentes distritos sanitários, com formação diversificada e especialização em gestão de saúde.

A análise dos resultados apontam os núcleos integrativos das representações sobre gênero e saúde e suas subcategorias: representação de gênero e enfoque e incorporação de gênero na saúde (Figura 1)

Figura 1: Núcleos integrativos das representações sobre gênero e saúde e suas subcategorias



Representação de gênero

As representações dos gestores sobre gênero não são homogêneas. Entre os gestores entrevistados em 7 há equivalência entre os conceitos de gênero e sexo e três apresentam gênero como descrição das diferenças entre os sexos (Quadro 1). Dentre esses últimos um aproximou-se do conceito e prática de gênero dando pistas sobre a construção social desigual de poder e hierarquização entre os sexos: “[...] não possui direitos dentro do lar (a mulher), direitos sobre o corpo, direitos sobre a família, sobre a tomada de decisão [...]” (S10. Hígia). Mas no conjunto da entrevista aborda-o de forma relacional descrevendo as diferenças entre os sexos ou seja, conhecimento parcial de gênero. A maioria dos gestores representa gênero como descritor de sexo, ou seja, desconhecimento como o demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Representação e entendimento sobre gênero pelos gestores da APS

Representação gênero pelo gestor na APS	Entendimento sobre gênero
S14. Hera - [...]é uma, uma identidade é... dentro dessa dicotomia de homem-mulher.	Gênero igual a sexo
S19. Atena - [...] é homem e mulher, e a opção sexual que a pessoa seguir [...]	Gênero igual a sexo
S15. Artêmis - gênero masculino, feminino [...].	Gênero igual a sexo
S19. Hígia – [...] é o ser mulher, ser homem com todas as vulnerabilidades que vem junto, toda a sua carga cultural [...]	Descrição das diferenças entre os sexos
S4. Afrodite - “Gênero é homem e mulher, né?”	Gênero igual a sexo
S13. Zeus – [...] não é só masculino e feminino. São as formas de manifestação, [...] da sexualidade [...]	Descrição das diferenças entre os sexos
S13. Eros – [...] papel que o sujeito assume frente a sua sexualidade, né? o gênero masculino e o gênero feminino [...]	Descrição das diferenças entre os sexos
S14. Deméter – [...] é sexo masculino, sexo feminino [...]	Gênero igual a sexo
S2. Héstia – [...] num conceito biológico seria a distinção dos sexos [...]	Gênero igual a sexo
S15. Gaia – [...] sexos opostos mesmo, né? Masculino, feminino [...]	Gênero igual a sexo

Sobre as vulnerabilidades gestores afirmam que são diferenciadas entre homens e mulheres:

"[...] as campanhas são focadas em saúde da mulher, prevenção câncer de mama, de colo uterino e mais recente no câncer de próstata (S1. Hera) [...] nos homens são as doenças crônicas, é demanda pontual [...]" (S1.Artêmis)

Relatam que há mulheres atendidas na atenção primária que são muito dependentes e os parceiros não as permitem procurar o serviço de saúde:

"[...] a gente vê muito o despontar (da mulher) [...], mas na população que a gente atende, a mulher é muito dependente, tem mulher que é chefe de família, [...] mulheres são subservientes e muitas vezes recusam o cuidado por situações [...] com o marido, [...] tem sempre uma pressão desse

homem dentro da família dela. [...] existe essa vulnerabilidade maior da mulher" (S.4 Hígia).

Em alguns discursos há relatos de que o homem está mais exposto à violência no âmbito público, não falando sobre a mulher nesse espaço e a violência de gênero contra a mulher no âmbito doméstico:

"[...] a população jovem e adulta que mais morre é a masculina... A população que ainda está exposta a esses riscos, até por si é o cara que sai que vai para rua conseguir o dinheiro para dentro de casa (S5. Hígia) [...] Em compensação está mais vulnerável à violência (o homem)" (S2. Atena).

Os gestores informam que o homem por ser homem não procura o serviço de saúde. Somente quando está doente e que a não procura está associada à questão cultural e sem vinculação socioeconômica:

"[...] é cultural nosso mesmo. E isso não é aqui [...] onde a população é muito carente, 100% dependente de SUS [...] isso é a nossa cultura mesmo. O homem não procura médico para prevenir e aí com certa idade ele [...] vai se cuidar porque apareceu uma hipertensão, diabetes, aí ele faz um preventivo de câncer de próstata, mas vamos dizer, depois dos 40. Antes disso dificilmente você vê homem em centro de saúde [...]" (S3. Atena)

Enfoque e incorporação do conceito de gênero na saúde

Os entrevistados apresentam o centro de saúde como espaço feminino relatando que a saúde tem foco na mulher há mais tempo e que a mulher é frequentadora assídua:

"[...] A mulher teve uma queixinha ela vai lá e busca atendimento. Os homens no contexto geral não, eles são mais resistentes (S4. Gaia). [...] ele não adoce, então ele não procura" (S2. Atena).

Todos os gestores entrevistados informam que não tiveram capacitação sobre gênero na saúde e somente um participou de capacitação sobre saúde do homem e violência contra a mulher.

Na pergunta se são trabalhadas as vulnerabilidades diferenciadas em ser homem ou mulher na adolescência a maioria informa que não. Entretanto para alguns, isso é trabalhado no Programa de Saúde na Escola (PSE). Relatam a

existência de políticas de atenção à saúde da mulher e a política de saúde do homem que está em processo de institucionalização.

No início das entrevistas, os gestores consideraram periférica a discussão e importância de gênero na saúde:

"[...] acho importante, mas periférico diante dos problemas que a gente tem que enfrentar na saúde [...] a discussão sobre gênero na saúde frente a tantos problemas enfrentados na atenção primária sobrecarregada e com falta de profissionais [...]" (S. 15 Hera).

Mas o conjunto em geral, ao final da entrevista afirma que é importante e necessário deter-se no tema devido às particularidades que devem ser trabalhadas pela saúde pública para melhorar a saúde coletiva propondo que gênero entre na agenda da saúde (Quadro 2).

Quadro 2 - Enfoque e incorporação do conceito de gênero na saúde

Enfoque de gênero na saúde	Incorporação conceito gênero na saúde	Existência enfoque/ incorporação de gênero
S1.Hera [...] foco na mulher tem mais tempo [...] uma coisa curiosa é que [...] a gente fala saúde da mulher a gente pensa na parte ginecológica	S1.Hera [...] campanhas são focadas em saúde da mulher, prevenção câncer de mama, de colo uterino e mais recente no câncer de próstata.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S1.Atena [...] Trabalha com a mulher [...] Com o homem não tem política [...] S2. o homem por ser homem, ele não vem, ele não procura a saúde.	S1.Atena [...] atenção a saúde da mulher, com preventivo colo uterino, nunca tem o da próstata.[...] Algumas unidades de saúde fazem o dia do homem.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S2.Hígia [...] as políticas são muito voltadas para mulher, [...] existe um caminhar em relação à política para o homem. [...] políticas são voltadas para saúde mulher, idoso, criança	S3.Hígia [...] eu vejo que há movimentos nesse sentido, apesar de que culturalmente a gente vê na rotina do serviço que o adolescente e o homem frequentam pouco [...].	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S2.Zeus [...] Trabalha um pouco, eu não tenho percepção que tem um trabalho muito focado no gênero não.	S3.Zeus [...] A gente tem algumas discussões locais que começa a fazer, mas ainda incipiente. Nada que tenha uma repercussão maior no atendimento, mas é importante e muito.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero

Enfoque de gênero na saúde	Incorporação conceito gênero na saúde	Existência enfoque/ incorporação de gênero
S1. Artêmis [...] eu acho que trabalha mais a questão da mulher (a saúde) S3.[...] quando ele (o homem) está com algum sintoma, uma doença venérea, infecção urinária. Na idade mais avançada a questão diabetes, hipertensão [...]	S2. Artêmis [...] quando você discute é, do homem e da mulher ou mesmo dos ciclos de vida começa a perceber individualidades desses momentos de vida. [...] Eu acho melhor sim, quando você chama a atenção pra isso a gente dá uma alertada pra coisa.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S1. Eros [...] Homens, mulheres e terceiro sexo [...] Da mulher, por exemplo, com prevenção câncer uterino... tem um foco maior na mulher. Do homem ainda precisa de uma maior atenção [...]	S1.Eros[...]se faz uma campanha de prevenção de câncer de próstata. E no dia-a-dia você trabalha essa questão, o homem a sua dificuldade de buscar... cuidado [...], muitas vezes é a esposa que vem marcar pra ele em função de sua resistência [...]	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S2. Deméter [...] a gente tem que olhar o ser humano como um todo, mas temos que tratar, fazer os cuidados direcionados para o que ele precisa. Eu acho que é importante sim (gênero).	S1.Deméter[...]as políticas hoje são mais voltados para mulher, teve o novembro azul pouco divulgado, do homem que a da mulher eu acho que, já vem de longo prazo. Mas ainda é insuficiente, deveria ser mais trabalhado e aumentado o leque de coisas, eles voltam muito para preventivo de câncer de mama, de colo de útero e de mama e esquecem-se das outras coisas.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S2. Héstia [...] Eu acho que as políticas públicas têm contemplado sim. Eu acho que existem estudos que apontam as doenças crônicas, elas vão incidir mais sobre um determinado sexo do que sobre o outro, eu acho que tem sim.	S3.Héstia [...] saúde da mulher, a questão da mamografia, por exemplo, houve um avanço, o controle do câncer, da hipertensão, diabetes, obesidade, você vê por grupos a obesidade já parece que incide mais sobre o grupo feminino.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero
S2. Gaia [...] Eu ainda vejo como um desafio, vejo também a população com bastante resistência por fatores sociais, culturais.	S2. Gaia [...] trabalhar a saúde do homem. Mas é cultural e precisa ser vencido.O usuário vem quando tem algum sintoma, [...] a gente tem dificuldade trabalhar prevenção com eles.	Não há enfoque e incorporação do conceito de gênero

Nos fragmentos dos discursos constata-se que não há enfoque e incorporação do conceito de gênero na atenção à saúde (Quadro 2), pois não são incluídos análise relacional e discussão sobre o poder e a naturalização das desigualdades entre homens e mulheres. Mas relatam o vislumbre de um movimento

e discussões sobre gênero na saúde. Os gestores também relatam as iniquidades das políticas de saúde que não incluem gênero e demandas diferenciadas.

Segundo alguns entrevistados a inclusão de gênero implicará redução de custos, maiores efetividade nos resultados e vínculo com os usuários. Relatam que os homens foram educados com a ideia de invulnerabilidade e há preconceito em procurar o serviço como já apontado por Schraiber¹² e Cavalcante et al.¹⁰.

"[...] gênero é importante pelas vulnerabilidades específicas de cada um. Seja o grupo das mulheres que estão vulneráveis em relação à violência, seja dos homens que estão vulnerável a própria falta de cuidado deles, seja o grupo dos transexuais, que tem outro tipo de vulnerabilidade que é em relação ao estilo de vida [...]" (S14. Zeus)

Afirmam que [...] gênero é importante, pois centra nas especificidades dos indivíduos, possibilitando desdobrar ações para melhor atendê-los [...] (Hera). Todos os entrevistados com exceção de um [...] eu acho que você não pode fazer tanta ênfase [...] (Héstia) ressaltaram a importância da inserção de gênero nas políticas e na intervenção em saúde, o que pode ser observado na fala:

"[...] importante... porque quando a gente se detém no assunto a gente vê que tem muitas particularidades, e... a saúde vai caminhar tanto melhor, quanto mais ela der conta dessas diferenças individuais. Apesar de querer uma saúde coletiva, a gente quer uma saúde coletiva adequada para cada um [...]" (S.15 Hera).

Os gestores entrevistados, quando perguntados sobre contato da equipe da Coordenadoria de Direitos da Mulher relatam que não a receberam e somente um deles afirma ter recebido material educativo dessa Coordenadoria.

Discussão

Descrever sexo como gênero mostra desconhecimento de gênero e é um erro conceitual ainda cometido também pela comunidade científica⁹. A variável sexo somente, não consegue explicar a dinâmica da desigualdade na vida dos sujeitos incluindo outras variáveis como raça/cor, etnia, idade, religião, geração, contexto político, social e econômico que se apresentam como determinações de saúde^{2,12,13,}

20,21

O entendimento de gênero como descrição das diferenças entre os sexos também não reflete relações igualitárias, pelo contrário reforçam as iniquidades. Para alguns gestores, gênero ainda é uma questão periférica localizando-se mais na dimensão das discussões. Mas há uma associação entre a concepção de gênero e a prática efetiva que reforça desigualdades na saúde da mulher em todos os ciclos de vida nos serviços de saúde.

O entendimento de gênero no discurso dos gestores pode dar suporte à reprodução dos estereótipos e padrões de gênero enquanto princípio ordenador de ação e pensamento na construção de atributos culturais aos sexos. Alguns gestores afirmam que ao se melhorar o atendimento para todos os indivíduos será estabelecida a equidade. Se a saúde distribuir igualmente seus recursos para todos igualmente haverá injustiças⁹. O princípio aristotélico da equidade foi absorvido como princípio pelo Sistema Único de Saúde – a cada um de acordo com as suas capacidades e possibilidades sendo mais justo⁹.

Entrevistados trazem uma contradição no seu discurso ao afirmarem que a saúde mudou para melhor, incluindo vários serviços, programas, tecnologias, mas a atenção e foco ainda permanece na mulher, na reprodução e nas doenças dos sujeitos representando o serviço de saúde ainda, como espaço feminino.

Existe assimetria de poder que se estabelece entre homens e mulheres na maioria das sociedades e em todos os âmbitos da vida social conferindo determinações de saúde que impactam na saúde de mulheres e homens tornando-se um desafio inadiável a sua superação em nossa sociedade^{3,5, 20-22}. Alguns gestores desconsideram que a mulher está inserida no mercado de trabalho visualizando somente a feminilidade e masculinidade hegemônicas em seus papéis fixos e separados em âmbitos, público e privado.

A representação entre gestores locais de que mulheres procuram muito os serviços por qualquer queixa e homens trabalham e não adoecem, leva ao entendimento de que eles não podem esperar pelo atendimento, banalizando-se desigualdades de gênero.

A transversalidade, de acordo com vários teóricos, é necessária para a efetivação da inclusão da perspectiva de gênero implicando em um olhar e um fazer não demandante de aportes significativos de recursos²³, mas sim uma postura

sensível da equipe para as demandas e as necessidades considerando-se gênero como constructo social. Em contraposição autores afirmam que há necessidade de se investir na atenção primária em saúde^{24,25} para a reversão da lógica hospitalocêntrica e médico centrada criando condições para uma assistência multiprofissional e intersetorial para o atendimento humanizado às demandas da população. Os entrevistados argumentam sobre a necessidade de recursos adicionais para a atenção primária colocando-a *de fato* como coordenadora do cuidado em saúde, afirmando que nas áreas altamente vulneráveis há uma sobrecarga devido às precariedades que levam os cidadãos, por exemplo, a procurar atendimento médico para quase todos os seus males:

"[...] o nosso serviço mudou pelo menos uns 80% (aumentou) no "cardápio" que a gente tinha há 10 ou 12 anos atrás e o nosso RH mudou (aumentou) 10 ou 20% [...] a gente precisa de um pouco de apoio eu não acho que a gente precise aumentar 80% do RH não, [...] a pessoa vem na unidade porque não tem dinheiro pra comprar uma dipirona, está com dor de cabeça, sabe que não é nada, mas vem no médico porque não tem condições de comprar, então é uma demanda muito grande" [...] (S.19 Zeus).

Uma das questões que chamou atenção foi o relato da complexidade e da alta demanda da população desprovida de todos os tipos de recursos e a falta de acesso aos direitos básicos de cidadania. Assim, ações diferenciadas e focadas para suporte a esses centros de saúde são fundamentais.

Além disso, o reconhecimento das questões sobre gênero pelos gestores através da evidência de relações desiguais de poder joga luz sobre as relações sexistas naturalizadas que fazem mal à saúde de homens e mulheres^{10,12, 13,26,27}, sendo um indicador a violência de gênero contra a mulher que ainda não foi incluído no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Primária. No entanto, o SUS continua a lutar pelo desafio de garantir cobertura universal e equitativa. Apesar do aumento do financiamento federal, a porcentagem do orçamento destinada ao setor saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos além da transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços conforme relato dos gestores locais²⁸.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPS) pactuou atributos para as Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária em Saúde (APS)

registrando o financiamento adequado (Atributo 14) e pactuando com os países membros a inclusão da perspectiva de gênero (Atributo 6) apoiada em três pilares equidade, gênero e participação democrática para enfrentar desigualdades injustas entre homens e mulheres considerando discriminação a desvalorização da mulher e do trabalho feminino com diferenças e rigidez na separação de papéis e relações desiguais de poder resultando em desigualdades em saúde^{29,30}.

A socialização da masculinidade hegemônica na nossa sociedade proveniente do caldo de cultura patriarcal reproduz desigualdades de poder e hierarquia entre homens e mulheres e implica em iniquidades de saúde com impactos negativos em toda a sociedade²⁷. Mas a dinâmica dos contextos e a dialética das relações sociais produzem vários tipos de masculinidades e feminilidades. No entanto, a maioria de gestores considera-as como papéis fixos e sua divisão em esferas pública e privada o que pode gerar consequências nos formatos da assistência à população.

O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços com coordenação da atenção primária²⁸ e o cumprimento às recomendações da Declaração Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde - CMDSS³¹ são essenciais na abordagem das causas principais dos problemas de saúde que podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar tantas dificuldades. A assistência centrada na perspectiva físico-biológica não atende a integralidade da atenção à saúde da mulher, pois as demandas psíquicas e socioculturais não são escutadas³². O olhar centrado somente no aspecto físico compromete o cuidado à mulher, pois pressupõe interação entre profissional e a mulher considerando-se disponibilidade e confiança³³. Em uma perspectiva transversal essa postura demandará esforços e mudanças na gestão pública inclusive mudanças no processo de trabalho, pois não existem evidências científicas ou sociais de que as desigualdades se resolvam espontaneamente^{3,6,12,13,34-36}. Mesmo sabendo que mulheres trabalham fora, os discursos mostram gestores representando a mulher apenas no seu papel de reprodutora e fixada no âmbito doméstico e o serviço de saúde como espaço feminino. As falas denunciam as desigualdades, demonstrando que mulheres são anuladas como sujeitos de direitos, devido ao fato de serem mulheres além de paciente. Afirmam que a saúde está mais voltada para a mulher, sendo público mais

frequente, mas que tem foco somente na parte ginecológica e que os homens estão fora do serviço, procurando-o somente quando tem agravos de saúde. Os significados de gênero enquanto princípio ordenador na formatação da masculinidade e feminilidade hegemônicas na sociedade contribui para várias formas de violência como a urbana principalmente contra homens, e a institucional e de gênero contra mulher principalmente. As representações de que homens trabalham e não podem esperar e de que as mulheres procuram muito os serviços por qualquer queixa banalizam desigualdades de gênero que podem provocar injustiças sociais impactando na saúde de todos. Os entrevistados ao relatarem as políticas de saúde para mulheres referiam-se somente às ações direcionadas à reprodução, vinculada ao ambiente doméstico não a considerando como um sujeito de direitos mesmo estando inserida no mercado formal de trabalho. Quando se referiu a gênero, gestores lembraram-se da política de saúde do homem, de lançamento mais recente que também apresenta gênero como a descrição das diferenças entre os sexos, desconhecendo a da mulher que é anterior. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher^{37,38} tem em seu teor pressupostos e orientações sobre a inserção de gênero na atenção à saúde da mulher. Mas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (2010) refere-se somente à vulnerabilidade do homem à violência não incluindo a vulnerabilidade da adolescente³⁹.

No entanto, não houve capacitação sobre gênero para os gestores e também não há indicador de avaliação sobre isso no sistema de saúde conforme informação dos entrevistados. A atenção primária em saúde tem um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde, pois como os próprios entrevistados disseram a mulher procura muito o serviço por qualquer queixa com frequência sistemática, oportunidade para abordagem diferenciada e acolhedora. Então a atenção primária em saúde constitui-se no *locus* privilegiado para trabalhos intersetoriais e mais abrangentes no que se refere às necessidades da população, podendo prevenir agravos e mortes, devido ao acompanhamento longitudinal, pois elas são maioria na equipe técnica e na população usuária dos serviços e se constitui como desafio^{10,13,40}. A inclusão de gênero é necessária para evitar tratamento desigual e invisibilidade dos eventos repetidos de violência institucional e de gênero ocorrida ao longo das vidas das pessoas em atendimento. Apesar da importância do trabalho intersetorial, gestores afirmam não ter contato da

Coordenadoria Municipal dos Direitos das Mulheres. A falta de capacitação sobre gênero dos profissionais e gestores e a representação de gênero do gestor local reflete o paradigma sócio/político de iniquidade de nossa sociedade representada em primeira instância pelas políticas públicas de saúde. O reconhecimento da questão de gênero pelos gestores por meio da visualização de relações desiguais de poder joga luz sobre relações sexistas naturalizadas do sistema patriarcal que fazem mal à saúde de homens e mulheres, sendo um indicador a violência de gênero contra a mulher¹² que ainda não foi incluído no programa nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção primária^{13,26,27}.

A entrevista gerou muitas reflexões sobre desigualdades de gênero. Um dos gestores afirmou que repassaria para sua equipe todas as perguntas como uma oportunidade de reflexão sobre o tema reafirmando que a sobrecarga de agenda não é uma desculpa e que se deve fazer o movimento de inclusão de gênero:

"[...] não acho que é sobrecarga de agenda, isso não é uma desculpa, porque eu acho que é um movimento que tem que ser feito sim, mas é uma coisa que a gente está caminhando [...] ainda nesse sentido [...]" (S.14 Hígia).

Considerações finais

Prestar assistência integral sem preconceitos e estereótipos de gênero é fundamental para promover a equidade e integralidade da assistência em saúde. A representação de gestor local de saúde ainda não incorpora gênero conforme pressuposto da política de atenção integral à saúde da mulher e os serviços acabam sendo caixa de repercussão do paradigma da iniquidade. Há uma associação entre o entendimento de gênero e a prática efetiva de relações sociais de gênero pelos gestores que reproduzem desigualdades sem o perceberem. Apesar disso os gestores entrevistados apresentam interesse em discutir gênero, demandando agendá-lo, demandando aprendizado teórico, demandando capacitação e também mostram vitalidade do serviço para a melhoria da atenção em saúde visando a redução de iniquidades. Análise dos dados evidencia importância da discussão sobre gênero na gestão e suas representações e repercussões na saúde. Prestar assistência integral sem preconceitos e estereótipos de gênero é um grande desafio para gestores e profissionais da atenção primária em saúde. Aprendizado teórico e

capacitação de todos os gestores e profissionais e outras pesquisas na perspectiva de gênero e direitos humanos em saúde são inadiáveis para promover a equidade.

Referências

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade. Rev. Bras. Educ. Rio de Janeiro.* 1995; 20(2):71-99.
2. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública [periódico na internet].* 2002. [acesso em 2014 Jan 30];18(Suppl): S103-12. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&t&pid=S0102-311X2002000700011&lng=en&nrm=iso.
3. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
4. Schraiber L B, d' Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet].* 2009 [acesso em 2014 maio 23]; 14(4):1019-27. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009&lng=en&nrm=iso.
5. Simão AB, e Fonseca, MC. *Violência de gênero, aspectos conceituais e formais de violência contra a mulher: permanências e contradições.* 2011.
6. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface. (Botucatu) [periódico na Internet].* 2011 Set [acesso em 2014 Mar 29]; 15(38): 805-18. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=en&nrm=iso.
7. Fonseca, RMGS. *Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo.* *Soc Saude. [periódico na internet].* 1999 dez. [acesso em 2014 maio 23]; 8(2): 3-32. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&t&pid=S0104-12901999000200002&lng=en&nrm=iso.
8. Heilborn ML. *Dois é par; gênero e identidade sexual em contexto igualitário.* Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
9. Barata, RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
10. Cavalcante FG, Souza MMC, Nascimento MRM. Diferentes rostos da depressão não suicídio idosos. *Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet].* 2013 Out [acesso em 2014 maio 22]; 18 (10): 2985-94. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1413-8123201300100023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201300100023&lng=en).

11. Costa LHR, Coelho EAC. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. *Texto contexto - Enferm* [periódico na internet]. 2013 Jun [acesso em 2014 Mar 30]; 22(2):485-92.
12. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: uma perspectiva das práticas profissionais. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em 2014 jan 20]; 17 (10): 2635-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>
13. Almeida, LR, Silva ATMC, Machado, LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [periódico na internet]. 2014 [acesso em May 06, 2014]; 18(48): 47-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832014000100047&lng=en&tlng=pt. 10.1590/1807-5762 2014.0560.
14. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (5):1151-57, 2012
15. Veiga L, Bronzo C. Estratégias intersetoriais de gestão em contextos vulneráveis: reflexões a partir da experiência de Belo Horizonte in "XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública", Cartagena, Colombia, 30 oct. - 2 nov. 2012
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 12a edição, São Paulo, Hucitec, 407 p. ; 2010.
17. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). *As representações sociais*. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p. 17-44.
18. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF; 1961.
19. Blanchet A, Gotman A. *L'enquete et ses méthodes: L'entretien*. Paris: Nathan Université; 1992.
20. Lagro JT. Sex, gender and health: developments in research. *European Journal of Women's Studies*. 2007; 14(1):9-20.
21. Montoya JHE. A articulação das categorias gênero e saúde: um desafio inadiável. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009 junio-diciembre; 8(17):106-22.
22. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Gender mainstreaming in WHO: what is next?: report of the Midterm Review of the WHO gender strategy 2011.

23. Pedroso RT, VIEIRA MEM. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009; 13(supl.1):695-700.
24. Paim J. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra hegemonia. Interface - Comunic Saúde, Educ. 2001 agosto; 5(9), 143-6.
25. Feuerwerker L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2009 janeiro-março; 13(28):229-2.
26. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013. 170 p.
27. Scott-Samuel, A. Patriarchy, masculinities and health inequalities. Gac Sanit. 2009;23(2):159-60.
28. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011 May; 11-31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
29. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data The world health report 2013: research for universal health coverage.
30. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
31. CMDSS. Declaração Mundial. Determinantes Sociais de Saúde, 2011. [acesso em 04.08.2014] Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf>.
32. Vieira EM et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. Rev Bras Epidemiol [periódico na Internet].Dec. 2009 [acesso em 2014 Set. 16]; 12(4): 566-77. Disponível em <http://www.scielo.br /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400007&ng=en&nrm=iso.
33. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Lancet. 2011; Supl Saúde no Brasil 6:90-102.
34. Revuelta CC, Pérez RP. Teto vidro e escadas escorregadias? As desigualdades de gênero e estratégias para a mudança na SESPAS. Gac Sanit [periódico na Internet]. Agosto 2002 [acesso em 2014 maio 06]; 16 (4): 358-60. Disponível em: http://scielo.isciii.es /scielo.php? script= sci_arttext&pid=S0213-91112002000400011&lng=es.

35. Heilborn ML, Barreto A. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília; Secretaria Especial de Políticas pra as Mulheres, 2010. Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça-GPP-GeR: módulo II – Orgs Maria Luiza
36. Minayo MCS, Cavalcante FG. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. dezembro 2013. [acesso em 2014 set 16]; 29(12): 2405-15. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200006&lng=en&nrm=iso.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática / Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6) <http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude-e-participacao-politica/acoes-de-saude/5-assistencia-integral-saude-da-mulher-acaoprogramatica.pdf>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
40. Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2009 June [acesso em 2014 May 23]; 14(3): 783-94. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde evidenciou que gênero ainda não foi incluído na produção acadêmica de saúde, na formação de profissionais e também nos serviços e políticas de saúde. Há muito ainda o que se fazer em todos esses espaços mesmo se consideradas as limitações do estudo que teve como base bibliográfica exclusiva, o SciELO.

A desigualdade está presente na sociedade brasileira em todos os recantos, mas ainda não é visível. As desigualdades em relação à mulher são piores, pois estão naturalizadas em sua vida: desigualdade patrimonial, simbólica, política, econômica e cultural determinando iniquidades de saúde que se constituem em graves violações dos direitos humanos.

A não inclusão da perspectiva de gênero na produção científica de saúde e nas políticas públicas de saúde podem levar a ações que reforcem as identidades fixas de homem e mulher determinando desigualdades em saúde.

O caráter performático de gênero, construído em territórios que separam atribuições de homens e mulheres, é onde reproduzimos essas diferenças e desigualdades, pois somos uma sociedade “*genderizada*” marcada pela supremacia da dominação masculina. Que a totalidade de ideias em torno de gênero seja discutida multiplicando-se os estudos nas áreas do conhecimento e serviços de saúde para que sejam reconhecidas e evidenciadas as várias conformações de feminilidades e masculinidades e os possíveis impactos no processo saúde-doença dos sujeitos envolvidos.

Na pesquisa de campo “Representação de gênero pelos gestores da Atenção Primária em Saúde” a maioria dos gestores representou gênero como descritor de sexo. Mas há uma associação entre entendimento de gênero e a prática efetiva de relações sociais de gênero pelos gestores que reforçam desigualdades na saúde da mulher em todos os ciclos de vida nos serviços de saúde a partir de estereótipos de gênero na sociedade sobre padrões estabelecidos entre a masculinidade e a feminilidade hegemônicas, ou seja, o homem com papel fixo de provedor e trabalhador e a mulher como cuidadora e fixada no espaço doméstico. Esse processo joga luz sobre relações sexistas naturalizadas do sistema patriarcal

que fazem mal à saúde de homens e mulheres, sendo um dos indicadores a violência de gênero contra a mulher que ainda não foi incluído na Atenção Primária em Saúde - APS.

A Organização Pan-americana de Saúde pactuou com países membros a inclusão da perspectiva de gênero apoiada em três pilares: equidade, gênero e participação democrática para enfrentar desigualdades injustas entre homens e mulheres considerando discriminação a desvalorização da mulher e do trabalho feminino com diferenças e rigidez na separação de papéis e relações desiguais de poder resultando em desigualdades em saúde (OPS, 2002).

A socialização da masculinidade hegemônica no sistema de dominação patriarcal reproduz desigualdades de poder e hierarquia entre homens e mulheres e implica em iniquidades de saúde com impactos negativos em toda a sociedade (Scott-Samuel, 2009). Mas a dinâmica dos contextos e a dialética das relações sociais produzem vários tipos de masculinidades e feminilidades. No entanto, a maioria de gestores considera-as como papéis fixos e sua divisão em esferas pública e privada o que pode gerar consequências nos formatos da assistência à população.

O entendimento de gênero no discurso dos gestores dá suporte à reprodução dos estereótipos e padrões de gênero enquanto princípio ordenador de ação e pensamento na construção de atributos culturais dos sexos. Alguns gestores afirmam que se melhorar o atendimento para todos os indivíduos será estabelecida a equidade. Se o sistema de saúde distribuir igualmente seus recursos para todos igualmente haverá injustiças (Barata, 2012).

O presente trabalho pode contribuir para o entendimento do fenômeno da desigualdade nas relações sociais de gênero que resultam em iniquidades e corrobora a necessidade de se rever o conceito de gênero na saúde e de reconhecê-lo como perspectiva essencial na saúde de homens e mulheres.

Prestar assistência integral sem preconceitos e estereótipos de gênero é fundamental para promover a equidade e integralidade da assistência em saúde. Observou-se que para 70% dos gestores há equivalência entre os conceitos de gênero e sexo embora tenham demonstrado interesse em discutir gênero de forma

ampliada incluindo as implicações das assimetrias de poder na área da saúde. Para avançar nessa abordagem foi sugerida sua inclusão na agenda, demandando aprendizado teórico e capacitação. Tal abertura e vitalidade do serviço são fundamentais para a melhoria da assistência na redução das iniquidades em saúde. Análise preliminar de algumas políticas de saúde também corrobora com esse resultado e evidenciam a importância da inclusão de gênero na gestão e suas representações e repercussões na saúde.

A incorporação de gênero no cotidiano dos serviços de saúde também ainda não atinge a prática concreta dos profissionais. O sujeito quando entra em um serviço de saúde entra por inteiro (físico, cultura, psiquismo, social, econômico) e recebe um olhar, muitas vezes fragmentado, uma atenção separada dentro do paradigma da desigualdade. E a mulher principalmente, pois a assimetria nas relações sociais de gênero lhe impõe estereótipos que a segregam no espaço privado e na área do cuidado o que faz com que ela permaneça invisível na atenção primária em saúde. A divisão dos papéis foi baseada nas diferenças biológicas, na capacidade reprodutiva e não na produtiva das mulheres, feminizando-as e desvalorizando-as e assim a mulher é sempre contextualizada, mesmo aquelas inseridas no mercado de trabalho formal.

A magnitude do processo de desigualdades, no contexto da saúde e de desigualdade social, desafia gestores, profissionais de saúde e a sociedade a encontrar soluções para questões que são tanto legais quanto éticas; tanto familiares e restritas ao âmbito privado, quanto dependentes direto das políticas públicas e de ações intersetoriais, interinstitucionais e integradas que:

- a. apoiem mulheres e meninas, no âmbito do SUS e do BH Cidadania, de fóruns de discussão sobre gênero, violência de gênero, masculinidades e feminilidades de formatos intersetoriais e interinstitucionais com interconexão com a saúde, educação, cultura, justiça entre outros;
- b. desenvolvam estratégias para discussões em fóruns sobre a cultura da paz na juventude em áreas vulneráveis da cidade, inclusive naquelas em que o risco socio-sanitário - parâmetro utilizado para definir a implantação da Estratégia Saúde da Família - cujas mulheres e crianças experimentem alta vulnerabilidade social;

- c. aumentem, monitorem e melhorem as condições de cuidado em instituições que abriguem mulheres em situação de violência de gênero;
- d. reduzam as desigualdades sociais;
- e. efetivem capacitação sobre gênero e violência contra a mulher para todos os gestores e equipes de saúde da família e demais redes de saúde;
- f. implementem a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, que reconhece a perspectiva de gênero na saúde da mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em toda a APS;
- g. desenvolvam pesquisas sobre vulnerabilidades de saúde na adolescência, gênero e mortes evitáveis na juventude e em mulheres;
- h. efetivem revisão com inclusão da perspectiva de gênero na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde incluindo as vulnerabilidades de saúde das meninas;
- i. enfim, que haja um esforço concentrado e intersetorial envolvendo várias instituições para a desnaturalização das desigualdades de gênero. E que essa postura se torne efetiva no dia a dia dos serviços refletindo na forma de como as mulheres, meninas e juventude são atendidas nos serviços de saúde;
- j. incentivem pesquisas sobre saúde de todas as mulheres para conhecê-las e subsidiar a assistência integral na saúde: indígenas, negras, ciganas, lésbicas, transexuais, privadas de liberdade, em situação de rua, trabalhadoras da saúde entre outras.

No entanto todos os gestores informam não terem sido capacitados sobre inserção de gênero e também não terem indicador de avaliação sobre isso no sistema de saúde. A atenção primária em saúde tem um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde, pois como os próprios entrevistados disseram a mulher procura muito o serviço por qualquer queixa com muita frequência, oportunidade para abordagem diferenciada e acolhedora. Então a atenção primária em saúde constitui-se no locus privilegiado para trabalhos intersetoriais e mais abrangentes no que se refere às necessidades da população, podendo prevenir

agravos e mortes, devido ao acompanhamento longitudinal, pois nela há constituição de equipes técnicas, proximidade e vínculo com a população usuária (Giovanella et al., 2009; Cavalcante et al., 2013; Almeida et al., 2014). A inclusão de gênero é necessária para evitar tratamento desigual e invisibilidade dos eventos repetidos de violência institucional e de gênero ocorrida ao longo das vidas das pessoas em atendimento. A falta de capacitação sobre gênero dos profissionais e gestores e a representação de gênero do gestor local reflete o paradigma sócio/político de iniquidade de nossa sociedade representada em primeira instância pelas políticas públicas de saúde.

Prestar assistência integral sem preconceitos e estereótipos de gênero é um grande desafio para gestores e trabalhadores da atenção primária em saúde e um preceito ético na assistência. Aprendizado teórico e capacitação de todos os gestores e profissionais além de análise de gênero e outras pesquisas na perspectiva dos direitos humanos em saúde são inadiáveis para promover a equidade em saúde. Outro projeto civilizatório mais democrático é necessário, para que se coloque em pauta a igualdade de gênero. Os resultados apontam para a necessidade de novas pesquisas sobre gênero na área da saúde.

APÊNDICE A - Busca SciELO referências

Gênero entendido como assimetria de poder – 19 artigos

ESTUDO	ANO	AUTORES	PERIÓDICO	LOCAL	METODOLOGIA	OBS
Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	2013	Signorelli, Marcos Claudio, Auad, Daniela Pereira, Pedro Paulo Gomes	Caderno Saúde Pública	Paraná	Qualitativa c/observação etnográfica com prof. APS	Violência
Violência contra as Mulheres na Perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde	2013	Hesler, Lilian Zielke et al.	Rev.Gaúcha Enferm.	Reg. noroeste-RS	Qualitativo, com 35 Agentes Com Saúde. Entrev semiestruturada	Violência
A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise implantação PNAISH	2012	Knauth, Daniela Riva, Couto, Márcia Thereza and Figueiredo, Wagner dos Santos	Ciênc. saúde coletiva	Rio Branco/ AC-Goiania Petrolina-PE Rio RJ,Joinville-SC	entrev semiestruturadas, realizadas com 21 prof serv investigados atuavam área saúde homem 5 regiões país agosto 2011	Masculinidades Qualitativa
Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais	2012	Rodrigues, Larissa Silva Abreu et a	R. Esc Enferm. USP	Bahia	Quali Teoria das Representações Sociais c/TALP-Tempestade As Livre Palavras	Sexualidade Saúde Reprodutiva
Estereótipos de gênero e sexismo ambivalente em adolescentes masculinos de 12 a 16 anos.	2011	Mesquita et al	Saúde e Soc São Paulo	Pouso Alegre-MG Zona urbana	Anal, obs, transv,c/ 3 quest (sociodemog, Genderstereotyping, Invent Sexismo Ambiv)787 est-11 esc púb 2006	Violência Quantitativa
A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero.	2011	Guedes et Fonseca	R. Esc Enferm. USP	SP em UBS zona Sul	exploratório, abord qualit, que usou gênero, violência gênero e nec. em saúde c/ categorias de análise	Violência
Rec.sociais p/ apoio mulheres situação violência em R. Preto-SP, na persp. informantes-chave.	2011	Santos et Vieira	Interface (Botucatu)	Ribeirão Preto-SP	Qualitativa-entrevsemi a 11 rep instituições c/: PM, Del Def Mulher, Cons tute, juizes promot Vara Inf. Juvent, V. Criminal e volunt 2ONGs.	Violência

ESTUDO	ANO	AUTORES	PERIÓDICO	LOCAL	METODOLOGIA	OBS
Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil	2011	Figueiredo, Wagner dos Santos and Schraiber, Lilia Blima	Ciênc e Saúde Coletiva	SP	Quali-2 serviços aps q fazem parte instituições univers cidade SP usuários sexo masc 18a 60a e diferentes profissionais que prestam assistência 8 CS	Masculinidades
Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais.	2011	Kiss, Lígia Bittencourt and Schraiber, Lilia Blima	Ciênc e Saúde Coletiva	SP	Quali. Obs tipo etnográfico sobre formas de org a assistência e seus func. no dia a dia, complementada com levant dados documentais. Aplicando-se tb questionário a mulheres usuárias de 15 a 49 a	Violência
Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher.	2010	Schraiber, Lilia Blima et al.	Rev. Saúde Pública	SP	Transversal vários países entre 2000 e 2003, inclusive Brasil. Amostras aleatórias e repr de mulheres 15-49a c/ parceiros íntimos	Violência Quantitativa
Mulheres internadas por Agressão em um hospital de pronto socorro: (in) visibilidade da Violência.	2010	Ilha et al	Rev. Gaúcha Enferm	Hospital P S de POA - RS	Transv ano2005- coleta dados real prontuários 73 mulheres idade partir 18a, vítimas de agressão. Análise descrita partir da utilização do Software Epi-Info,	Violência Quantitativa
Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.	2010	Schraiber, Lilia Blima et al.	Cad. Saúde Pública	PB,RJ, RN e SP	Triangulada c observação etnográfica e entrevistas semiestruturadas	Masculinidades
Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras.	2009	d'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas et al.	Rev. Saúde Pública	São Paulo	Transv, partic WHO Multi-country Study on Women's Health Domestic Viol against women, amostra rep de mulheres	Violência Quantitativa

ESTUDO	ANO	AUTORES	PERIÓDICO	LOCAL	METODOLOGIA	OBS
Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF	2009	Moura, Leides Barroso Azevedo et al.	Rev. Saúde Pública	DF-Brasília	Transv c/ 278 mulheres de 15 a 49 anos q tiveram parc. íntimos alguma vez na vida	Violência Quantitativa
A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina p/ contrair DST/HIV	2009	Silva et Vargens	R. Esc Enferm. USP	RJ Campus univ	Quali-Entrev. 12 mulheres, idade superior a 18 anos, de diferentes níveis escolaridade, raça e religião.	Sexualidade Saude Reprod
Violência doméstica contra as mulheres na visão do agente comunitário de saúde	2009	Fonseca et al	Rev. Latino-Am. Enferm	D Saúde Butantã, São Paulo,	Quest composto 30 frases p ACS - temáticas posicion relação violência contra mulheres.	Violência Quali
Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres.	2009	Souto et al	Rev. Bras. Enferm	João Pessoa PB	Quali real. c/ 11 mulheres situação violência conjugal. D. empíricos produzi oficinas, compreensão das vivências de violência discursos mulheres.	Violência
A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres.	2009	Guedes et al Rebeca	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	João Pessoa – PB Delegacia Mulheres	Qualitativa por-entrevistas com mulheres em situação de violência e de denúncia, na Delegacia da Mulher no Município de João Pessoa	Violência
Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. (sequência pesq ScieLO 58)	2009	Gomes et al	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	RS	Qualitativa. Teoria das Representações Sociais (RS) Grupo focal p/ coleta e Discurso sujeito coletivo	Violência

Dos 41 artigos 46% (n=19) tem entendimento de gênero como assimetria de poder. Desses 73,7% foram sobre o tema violência. Após vem masculinidades com 15,8%.

APÊNDICE B

Roteiro para a entrevista semiestruturada aos gestores

PROJETO DE PESQUISA: “REPRESENTAÇÃO DE GÊNERO PELOS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”

1. Em sua opinião, as políticas públicas têm trabalhado as questões de gênero enquanto categoria que aponta vulnerabilidades diferenciadas entre homens e mulheres?
2. Você acha importante a discussão de gênero na saúde?
3. Em sua opinião quais são os principais agravos de saúde – e se eles são diferenciados para homens e mulheres.
4. Este Centro de Saúde faz algum trabalho na saúde com adolescentes discutindo as vulnerabilidades entre ser homem ou ser mulher na adolescência?
5. O que você entende por gênero?
6. Acha importante a categoria gênero na saúde?
7. Conhece o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres?
Sim Não
8. Participou de alguma capacitação com inserção das questões de gênero na saúde?
Sim Não Quais?
9. O que propõe para melhorar a atuação da gestão na promoção da saúde, na questão de “gênero”?
10. Quais os desafios têm enfrentado na gestão de tão complexas questões?
11. O que poderia ser feito para que as mulheres pudessem ser mais bem atendidas?
12. Já manteve contato ou recebeu a Coordenadoria de Políticas para as mulheres?
13. Há algo que gostaria de comentar e que eu não tenha perguntado?

APÊNDICE C

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Representação dos Gestores Locais da Atenção Primária em Saúde nos Espaços BH Cidadania sobre Promoção da Saúde, Igualdade Racial e de Gênero no Município de Belo Horizonte”. Você foi selecionado, pois trabalha na gestão de Centro de Saúde na área do BH Cidadania e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção dos gestores locais da atenção primária em saúde sobre promoção da saúde, igualdade racial e de gênero. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, relacionados a possíveis constrangimentos que serão minimizados: os entrevistados terão total liberdade em não responder alguma questão colocada e/ou interromper a qualquer momento a entrevista que será realizada em local que garanta conforto e privacidade. Não haverá identificação do entrevistado. O benefício relacionado com a sua participação é a oportunidade de reflexão sobre as ações de saúde, podendo haver reorientação dessas, após o compartilhamento dos resultados.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois nomes fictícios serão criados para denominar os serviços e os entrevistados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP - CPqRR, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

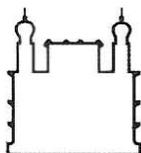
Nome e assinatura do pesquisador
Gláucia de Fátima Batista

Endereço e telefone institucional do Pesquisador: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309

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

Sujeito da pesquisa

ANEXO A



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

CARTA DE APROVAÇÃO Nº 01/2013 – CEP / CPqRR / FIOCRUZ / MS

Projeto de Pesquisa: "Percepção dos Gestores Locais da Atenção Primária em Saúde nos Espaços BH Cidadania sobre Promoção da Saúde. Igualdade Racial e de Gênero no Município de Belo Horizonte".

Pesquisadora Responsável: Gláucia de Fátima Batista

Instituição Realizadora: Centro de Pesquisas René Rachou

CAAE: 23219813.0.0000.5091

Após submissão e análise criteriosa das respostas às pendências emitidas pelo relator, ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/12 CNS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR / FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições à ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **PROJETO APROVADO.**

Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios parciais e final.

Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 06 de Novembro de 2013.


Naftale Katz
Coordenador do CEP-CPqRR

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE



Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CARTA DE APROVAÇÃO

CAAE: Foi reemitido pela Plataforma Brasil o Parecer Consubstanciado relativo a Projeto em questão, tendo o parecer número 604.689-0 substituído o parecer número 604689 gerado na data 17/12/2013 19:35:10, onde o número CAAE foi alterado de 23219813.0.0000.5091 para 23219813.0.3001.5140.

Pesquisador responsável: Gláucia de Fátima Batista

Título: "Percepção dos Gestores Locais da Atenção Primária em Saúde nos Espaços BH Cidadania sobre Promoção da Saúde, Igualdade Racial e de Gênero no Município de Belo Horizonte".

Por solicitação de V.Sa., **DECLARAMOS** que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 17 de dezembro de 2013, o projeto de pesquisa intitulado “PERCEPÇÃO DOS GESTORES LOCAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NOS ESPAÇOS BH CIDADANIA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, IGUALDADE RACIAL E DE GÊNERO NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE”, conforme Parecer Consubstanciado n°s 604689 e 604.689-0

Belo Horizonte, 19 de setembro de 2014.

Eduardo P. Miranda

Eduardo Prates Miranda
Coordenador do CEP/SMSA/BH



Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Carta de Anuência Institucional

Declaro concordar o projeto de pesquisa intitulado "Percepção dos Gestores Locais de Atenção Primária em Saúde nos Espaços BH Cidadania sobre Promoção da Saúde, Igualdade Racial e de Gênero no Município de Belo Horizonte" sob a responsabilidade da pesquisadora Gláucia de Fátima Batista, CPF 402.359.636-15, a ser executado com acesso a base de dados sobre atenção primária, sob guarda e responsabilidade das gerências locais dos Centros de Saúde nos espaços do Programa BH Cidadania.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Autorizo sua execução, desde que respeitadas as exigências legais específicas e que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.



Maria Leiza Fernandes Torres

Assinatura e Carimbo

Belo Horizonte, 08 de outubro de 2013.

*Maria Leiza Fernandes Torres - (IM: 20321-2)
Chefe de Assessoria
GEABRMSA*

*Secretaria Municipal de Saúde/GEAS
Av. Afonso Pena, 2.116 – 3º andar/Funcionários
30430-007 - BELO HORIZONTE - MG
e-mail: geas@pbh.gov.br*

REFERÊNCIAS

Almeida, LR, Silva ATMC, Machado, LS. (2014). O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 47-60. Retrieved May 06, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832014000100047&lng=en&lng=pt.10.1590/1807-57622014.0560.

Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2006 Ago [acesso em 2014 31 de janeiro], 40 (SPE):121-32. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>.

Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da saúde coletiva. *Interface*. (Botucatu) [periódico na Internet]. 2011 Set [acesso em 2014 Mar 29]; 15(38): 805-18. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=en&nrm=iso.

Arendt H. *A condição humana*. 5a ed. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1991.

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. Jan 2003 [acesso em 2014 maio 10]; 19 (Supl 2): S465-S469. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Buscher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (5):1151-7.

Barata RB. Relação de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 73-94.

Barrantes MM. Género, vejez y salud. *Acta bioeth*. [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2012 Oct 10]; 12(2): 193-7. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200008&lng=es.

Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2014-04-06]; 44(6):1137-43.

Beavouir S. *O segundo sexo: a experiência da vida*. 2a ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1967.

Blanchet A, Gotman A. *L'enquete et ses méthodes: L'entretien*. Paris: Nathan Université; 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática / Ministério da Saúde. - Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6) Disponível em <http://www.spm.gov.br/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude-e-participacao-politica/acoes-de-saude/5-assistencia-integral-saude-da-mulher-acaoprogramatica.pdf>

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 204p. [Acesso em 2014 abril 1]; Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos Decreto de nº 7.959, de 13 de março de 2013. Dispõe sobre o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, para o período de 2013 a 2015, altera o Decreto nº 5.390, de 8 de março de 2005, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7959.htm.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013. 170 p.

Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 3a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.

Butler, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. Cadernos Pagu. 1998; (11):11-42.

Cavalcante FG, Souza MMC, Nascimento MRM. Diferentes rostos da depressão em suicídio idosos. Ciênc saúde coletiva [periódico na Internet]. 2013 Out [acesso em 2014 maio 22]; 18 (10): 2985-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

CIPD - Conferência Internacional População e Desenvolvimento, Cairo, 1994
Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>

CMDSS. Declaração Mundial. Determinantes Sociais de Saúde, 2011. [acesso em 04.08.2014] Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf>.

Correa S. ONU Mulheres. O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010 / Organização: Leila Linhares Barsted, Jacqueline Pitanguy. Rio de Janeiro: CEPia; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436p

Costa LHR, Coelho EAC. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. *Texto Contexto - Enferm.* [periódico na internet]. 2013 Jun [acesso em 2014 Mar 30]; 22(2): 485-92. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a26.pdf>.

Cyrino R. Mulheres executivas: a divisão do trabalho doméstico à luz dos estereótipos de gênero. *Belo Horizonte, Fino Traço*; 2012, 188 p.

Denzin NK, Lincoln IS. *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*, Porto Alegre, Artmed; 2010. 432 p.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB; Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública.* [periódico na internet]. 2009 Abr [acesso em 2014 Mar 30];43(2): 299-311. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/7172.pdf>.

Emílio M, Teixeira M, Nobre M Godinho T. (Orgs.). *Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003. D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. Disponível em <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05634.pdf#page=55>.

Feuerwerker L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009 janeiro-março; 13(28):229-30.

Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2014 Jan 30]; 16(Suppl 1): 935-44. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=582527&indexSearch=ID>.

Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egrý EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [periódico na internet]. 2009 Dec [acesso em 2014 Jan 30]; 17(6): 974-80. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600008&script=sci_arttext.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4):450-9.

Fonseca RMS, Guedes RN, Zalaf MRR, Venâncio KCMP. Pesquisa de gênero na produção de enfermagem: contribuição do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. Rev Esc Enferm USP. 2011 Dez; 45 (2): 1690-95.

Fonseca, RMGS. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. Soc Saude [periódico na Internet 1999 dezembro [acesso em 2014 maio 23]; 8(2): 3-32. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000200002&lng=en&nrm=iso.

Foucault M. História da sexualidade II: o uso dos prazeres, Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.

Foucault M. História da Sexualidade III: o cuidado de si, Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Foucault M. Microfísica do poder. 25a ed. São Paulo: Graal; 2012.

Foucault, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 7a ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Graal; 1988.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2002. [acesso em 2014 Jan 30];18(Suppl): S103-12. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700011&lng=en&nrm=iso.

Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2009 June [acesso em 2014 maio 23]; 14(3) 783-94. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso.

Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em 2014 Jan 30]; 17(10): 2589-96. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/08.pdf>.

Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. Esc Anna Nery [periódico na Internet]. 2009 Dez [acesso em 2014 Jan 30]; 13(4): 856-62. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>.

Gómez, EG. Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panam Salud Publica [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2014 maio 23]; 11(5/6). Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500024&lng=en&nrm=iso.

Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2011 Dez [acesso em 2014 Jan 30]; 45(spe2):1731-35. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40896>.

Guedes RN, Silva Ana TMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery [periódico na internet]. 2009 Set [acesso em 2014 Jan 30]; 13(3): 625-31. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>.

Heilborn ML, Sorj B. Estudos de gênero no Brasil. In: Miceli S (Org.). O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPES. São Paulo: Sumaré; 1999. p.183-221.

Heilborn ML, Barreto A. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010. Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça-GPP-GeR: módulo II – Orgs Maria Luiza

Heilborn ML. Dois é par; gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm. [periódico na internet]. 2013 Mar [acesso em 2014 Jan 30]; 34(1):180-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/23.pdf>.

Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa. 2007 set./dez.; 37(132): 595-609. Genre, Travail, Mobilités, Centre National de la Recherche Scientifiq.

Hobsbawm EJ. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. 2a ed. Tradução Marcos Santarrita. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.

Hobsbawm EJ. Tempos fraturados: cultura e sociedade no século XX. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.

Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. Rev Gaúcha Enferm. [periódico na Internet]. 2010 June [acesso em 2014 Mar 30]; 31(2): 328-34. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n2/18.pdf>.

Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). As representações sociais. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p.17-

Katula S. Domestic violence in the workplace – part I: Understanding how it affects victims. AAOHN Journal. 2006 May; 54(5): 197-201.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na

internet]. 2011 Mar [acesso em 2014 Mar 30]; 16(3): 1943-52. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf>.

Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em 2014 Jan 30]; 17(10): 2617-26. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/11.pdf>.

Lago MCS, Muller, RCF. O sujeito universal do cuidado no SUS; gênero, corpo e cuidado com a saúde nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário – Florianópolis, Santa Catarina. *Gênero & Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros*. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. 328 p.

Lago Jansen T. Sex, Gender and Health: Developments in Research. *European Journal of Women's Studies*. SAGE Publications; London, 2007;14(1):9-20.

Le Goff J, Truong N. Uma história do corpo na idade média. Tradução Marcos Flamínio Peres. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.

Matos M. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. *Estudos Feministas*. 2008 maio-agosto; 16(2): 440.

Mesquita FM, Eufrásio C, Batista, MA. Estereótipos de gênero e sexismo ambivalente em adolescentes masculinos de 12 a 16 anos. *Saúde Soc* [periódico na Internet]. 2011 Set [acesso em 2014 Mar 30]; 20(3): 554-67. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29741/0>.

Minayo MCS, Cavalcante FG. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. dezembro 2013. [acesso em 2014 set 16]; 29(12): 2405-15. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200006&lng=en&nrm=iso.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Minayo, MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2001 [acesso em 2013 dez. 28]; 6(1): 07-19. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100002&lng=en&nrm=iso.

Montoya JHE. A articulação das categorias gênero e saúde: um desafio inadiável. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009 junio-diciembre; 8(17): 106-22.

Moscovici, S . La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF; 1961.

Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev*

Saúde Pública [periódico na Internet].2009 Dez [acesso em 2014 Jan 30]; 43(6): 944-53. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>.

Olinto MTA Olinto BA. Raça e Desigualdade Entre Mulheres: um Exemplo no sul do Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. Dez 2000 [acesso em 2014 abril 01]; 16(4): 1137-42. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3618.pdf>.

OMS. Carta de Ottawa. Promoção da Saúde nos países industrializados.1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OPS. Mirta Roses, 2003 Desigualdades ocultas: Género y reforma del sector salud - Reproducido por Le Monde Diplomatique, Edición Cono Sur, Buenos Aires, Argentina - Documento incluído dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Etica y Desarrollo – www.iadb.org/ética.

Organização Mundial de Saúde. Constitution of the World Health Organization. Basic Document. Genebra: OMS; 1946. Disponível em whqlibdoc.who.int. [acesso em 2014 Mar 11].

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011 May; 11-31. DOI: 10.1016/S0140-

Paim J. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra hegemonia. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2001 agosto; 5(9), 143-6.

Pedroso RT, Vieira MEM. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009; 13(supl.1):695-700,.

Pelaez MB y Ferrer LM. salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores. acta bioeth. 2001; 7(1):143-55.

Philipp RR. Derechos humanos y género. Cadernos CEDES [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2014 abril 09]; 30(81):135-55. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622010000200002&lng=en&tlng=es. 10.1590/ S0101-3262 2010000200002.

Rago M. Ser mulher no século XXI ou carta de alforria. In: Venturi G, Recamán M, Oliveira S. (Org.). A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

Revuelta CC. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev Esp Salud Publica. [periódico na Internet]. Apr 2007 [acesso em 3 de janeiro 2014]; 81(2):91-3. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v81n2/editorial.pdf>.

Revuelta CC., Pérez R. Teto de vidro e escadas escorregadias? As desigualdades de gênero e estratégias para a mudança na SESPAS. *Gac Sanit* [periódico na Internet]. Agosto 2002 [acesso em 2014 maio 06]; 16 (4): 358-360. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000400011&lng=es.

Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2012 Abr [acesso em 2014 Jan 30]; 46(2): 349-55. Disponível em <http://www.revistas.usp.br /reeusp/article/download/40955/44468>.

Rodrigues MA, Pinheiro, LAF, Thume E, Maia F. Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 06 de abril 2014]; 25 (Supl 3): S464-76. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001500011&script=sci_arttext.

Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Labrys, Estudos Feministas*. 2002 julho/ dezembro; 1-2.

Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004

Saffioti HIB. Primórdios do conceito de gênero. *Cadernos Pagu*. 1999; (12): 157-63.

Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface* [periódico na Internet]. 2011 Mar [acesso em 2014 Jan 30]; 15(36): 93-108. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a08v1536.pdf>.

São Paulo. Prefeitura Municipal Coordenadoria Especial da Mulher, 2003.

Schraiber L B, d' Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2014 maio 23]; 14(4):1019-27. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009&lng=en&nrm=iso.

Schraiber LB, d' Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2014 Jan 30]; 25(Suppl 2): s205-16. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25s2/03.pdf>.

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: uma perspectiva das práticas profissionais. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2012 Out [acesso em 2014 jan 20]; 17 (10): 2635-44. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>.

Schraiber, LB et al. Validade do instrumento para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010 Ago.; 44(4):658-66.

- Scliar M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):29-41.
- Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. 1995; 20(2):71-99.
- Scott-Samuel A. Patriarchy, masculinities and health inequalities. *Gac Sanit*. 2009; 23(2):159-60.
- Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc. [periódico na Internet]*. 2013 June [acesso em 2014 Jan 30]; 22(2): 415-28. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/76441/80156>.
- Signorelli MA, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública [periódico na Internet]*. 2013 Jun [acesso em 2014 Mar 30]; 29(6):1230-40. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>.
- Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]*. 2009 Jun [acesso em 2014 Jan 30]; 43(2): 401-6. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf>
- Simão, AB, Fonseca MC Violência de gênero, aspectos conceituais e formais de violência contra a mulher: permanências e contradições. 2011.
- Souto CMRM, Braga VAB. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. *Rev Bras Enferm [periódico na Internet]*. 2009 Oct [acesso em 2014 Jan 30]; 62(5): 670-4. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=531562&indexSearch=ID>.
- Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Revista Estudios Feministas [periódico na Internet]*. 2004 [acesso em 2014 abril 1]; 12(2):77-105. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38112205>.
- Strey CN, Pulcherio G. As Tramas de gênero na saúde. In: Strey MN, Nogueira C, Azambuja MR (Org.). Porto Alegre: Edipucrs; 2010.
- Tarnowski KS, Próspero ENS, Elsen I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]*. 2005 [acesso em xxxx]; 14 (n.esp.):102-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a12v14nspe.pdf> acesso em 27/05/2014.
- Veiga L, Bronzo C. Estratégias intersetoriais de gestão em contextos vulneráveis: reflexões a partir da experiência de Belo Horizonte in XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Cartagena, Colombia, 30 oct. - 2 nov. 2012.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Pain J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Lancet. 2011; Supl Saúde no Brasil 6:90-102.

Vieira EM et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. Rev Bras Epidemiol [periódico na Internet]. Dec. 2009 [acesso em 2014 Set. 16]; 12(4): 566-77. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400007&ng=en&nrm=iso.

Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2009, 14 Julio-Agosto [acesso em 2014 abril 1]; 14(4): 997-1006. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a02v14n4>.

Whitehead M, Dahlgren G. OMS: Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. 2006. Reimpresso em 2007.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data The world health report 2013: research for universal health coverage

WHO. World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Disponível em http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Final-draft-EN-Declaration_20-October-FI.pdf. [Acesso em 2014 abril 1].