

Estela M L Aquino

Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil

Gender and health: profile and trends of the scientific production in Brazil

RESUMO

As diferenças em saúde entre homens e mulheres têm sido objeto de grande interesse, mas as interpretações tendem a ser naturalizadas e essencialistas. Os estudos de gênero têm criticado essa literatura, oferecendo alternativas de análise promissoras. Assim realizou-se estudo com o objetivo de descrever o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no Brasil. Foram utilizados dados do Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, e quatro periódicos da área da saúde. Foram identificados 51 grupos com pelo menos uma linha de pesquisa na temática, com concentração regional e institucional. Os resultados confirmam o crescimento acentuado da produção científica, sendo localizadas 98 dissertações, 42 teses e 665 artigos sobre gênero e saúde. As mulheres são autoras de 86,0% das teses e 89,0% das dissertações e 70,5% dos artigos. A maioria dos trabalhos acadêmicos foi divulgada na década de 2000, quando ocorreu também ampliação das questões abordadas. Os temas podem ser reunidos em cinco subgrupos: reprodução e contracepção; violência de gênero; sexualidade e saúde, com ênfase nas DST/Aids; trabalho e saúde, incluindo trabalho doméstico e trabalho noturno; outros temas emergentes ou pouco explorados. São grandes os desafios políticos, epistemológicos e metodológicos para consolidação dos avanços. A perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica na saúde coletiva, podendo-se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social.

DESCRITORES: Saúde coletiva, Brasil. Gênero e saúde. Sexualidade. Saúde da mulher. Saúde reprodutiva. Publicações científicas.

ABSTRACT

The differences in health between men and women have been object of great interest, but interpretations tend to be naturalized and essentialists. Gender-oriented studies have criticized this literature and offered new analytical alternatives. The present study was intended to describe the profile and trends of scientific production on gender and health in Brazil. Data sources comprised the Research Groups Directory of *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (National Research Council), CAPES (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel) Thesis Bank, and four journals available in SciELO - Scientific Eletronic Library Online. Fifty-one groups with at least one line of research in the subject were identified,

Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Estela M. L. Aquino
MUSA - Programa de Estudos em Gênero e Saúde
Rua Basílio da Gama, s/n 2º andar
Campus Universitário do Canela
40110-040 Salvador, BA, Brasil
E-mail: musa@ufba.br

Recebido: 23/6/2006

with regional and institutional concentrations. The results confirmed the marked growth of scientific production in this field as 98 master and 42 doctoral dissertations and 665 articles on gender and health were retrieved. Women authored 86.0% and 89.0% of doctoral and master dissertations respectively, and 70.5% of the articles. Most were published in the 2000s when diversification of the studied topics was also seen. The studied subjects can be divided into five subgroups: reproduction and contraception; gender and violence; sexuality and health with emphasis on STD/AIDS; work and health, including domestic and night work; other emergent or less explored topics. There are major political, epistemological and methodological challenges for strengthening these advancements. The gender perspective offers possibilities for enlightenment of theoretical dilemmas in public health. Furthermore, it can be added to other intellectual and political efforts towards understanding health and its determinants and fighting against inequalities and for social justice.

Keywords: Public health, Brazil. Gender and health. Woman's health. Sexuality. Reproductive health. Scientific publications.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, as diferenças em saúde entre homens e mulheres foram naturalizadas, com base em teorias biológicas pretensamente neutras. Muitos autores têm buscado mostrar que isso resulta de concepções de gênero, nas quais o *homem* é considerado modelo universal do humano e a *mulher* como *outro*, especial, desviante.

A noção de dois sexos biológicos surgiu somente no século XVIII,⁵⁷ quando os órgãos reprodutivos foram distinguidos em termos lingüísticos e ganharam centralidade absoluta na definição das diferenças entre homens e mulheres. Essas seriam mais frágeis e vulneráveis a todo tipo de influências, seja física, moral ou intelectual, graças à suposta sensibilidade que as tornaria prioritariamente aptas à maternidade.⁷⁷

A perspectiva materno-infantil prevaleceu na literatura biomédica, onde a mulher era representada como mãe ou potencialmente grávida.⁵⁶ Nesse sentido, a produção científica foi orientada para aspectos reprodutivos da saúde, privilegiando-se a saúde do feto.⁶⁰

Na década de 1970, com o crescimento da “segunda onda” do feminismo,⁶⁴ uma crítica sistemática ao essencialismo e ao viés androcêntrico das ciências concentrou-se inicialmente em denunciar a invisibilidade das mulheres e o obscurecimento de temas diretamente relacionados à sua experiência, tais como o trabalho doméstico e a violência conjugal.

Os estudos iniciais que investigavam a *mulher* – categoria empírica – foram substituídos pelos estudos de *gênero* – categoria analítica que rejeitava o determinismo biológico da diferença sexual e enfati-

zava a construção social do feminino e do masculino.⁵² Na década de 1990, os homens foram incluídos como categoria empírica e uma abordagem questionando os modelos de masculinidade hegemônica somou-se aos esforços de desconstrução do essencialismo. Esse campo em constituição⁴ alimentou-se também dos estudos sobre sexualidade cuja legitimação foi favorecida pela necessidade de enfrentar a pandemia da Aids.

A transição paradigmática dos estudos sobre saúde da mulher para os de gênero e saúde encontra-se em curso. Traduz-se na superposição de conceitos, noções e teorias e mistura termos como *mulher*, *gênero*, *feminino* e *feminista*, os quais têm significados muito distintos: “Uma ‘mulher’ é um indivíduo específico; ‘gênero’ denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; (...) ‘feminino’ refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e ‘feminista’ define uma posição ou agenda política”.⁸²

O *gênero* foi tomado emprestado da gramática, pelas feministas anglo-saxãs, referindo-se à organização social da relação entre os sexos.⁸⁶ Na base do *Institute for Scientific Information - ISI/Thomson*, a interface *Web of Science*, nota-se acentuado aumento da sua utilização em títulos de língua inglesa, atribuído à sua adoção pelo feminismo acadêmico a partir de 1970.⁴⁸ Até então, seu uso não gramatical era raro, sendo utilizado *sexo* para distinguir homens e mulheres. Inicialmente, a expansão do termo *gênero* ocorreu sem decréscimo do uso da adoção do *sexo*. No final dos anos 80, *sexo* passou a ser reservado para definir comportamentos e práticas sexuais: sexo anal,

vaginal ou oral, sexo seguro, profissionais do sexo, entre outros.⁴⁸

A utilização do termo gênero pelo feminismo acadêmico tem sua origem ainda nos 1960.⁴⁸ Mas foi Rubin,⁷⁹ em 1975, que formulou a proposição de um sistema sexo/gênero, definindo-o como: “...a set of arrangements by which the biological raw material of human sex and procreation is shaped by human, social intervention and satisfied in a conventional manner”.

A influência original da economia política e a inspiração marxista dessa reflexão foram sendo substituídas pela ênfase nas identidades e na “construção cultural” das diferenças sexuais.⁴² Um intenso debate tem se desenvolvido, pelo confronto de diferentes perspectivas disciplinares e teóricas, refletindo tensões entre modernidade e pós-modernidade. A crítica às teorias universais e aos dualismos, como natureza e cultura, que serviram à formulação que opõe sexo e gênero, tem desestabilizado este conceito e suscitado muitas controvérsias. Nas correntes pós-estruturalistas e pós-modernas, questiona-se a própria base material do sexo, argumentando-se ter sido o gênero que inventou a diferença sexual como ordem classificatória do mundo.^{20,57} Tal debate persiste e não será apresentado no presente estudo pela sua complexidade, porém sua riqueza tem profundas implicações para a reflexão sobre saúde e doença.

Além da influência direta do feminismo na academia, organismos como a Organização Panamericana da Saúde têm promovido a institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas e políticas públicas de saúde,⁴⁶ embora isso não ocorra sem distorções conceituais. Sua generalização tem freqüentemente esvaziado o poder heurístico do conceito, ao reduzi-lo à descrição das diferenças entre homens e mulheres em mera substituição ao *sexo*.

Os problemas aumentam quando se trata de línguas latinas, onde não se observa o significado sexual de gênero, termo que geralmente alude à idéia de classificação, seja como estilo ou escola literária, seja como unidade taxonômica em biologia. Essa polissemia tem implicações no mapeamento da produção científica, exigindo a exclusão de artigos com esses significados de gênero. No Brasil, a influência dessa perspectiva na pesquisa em saúde ainda está por ser investigada e supera o propósito do presente artigo, cujo objetivo é realizar uma primeira incursão sobre este campo temático emergente, descrevendo o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no País.

MAPEANDO O CAMPO

Para levantamento das linhas de pesquisa foi utilizado o Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).^{*} O Diretório reúne mais de 80% de grupos ativos no País.⁴⁷ Foram incluídos os grupos identificados na base corrente de atualização contínua (versão 5.0) em 4/5/2005, com pelo menos uma linha de pesquisa no campo temático estudado. Levantaram-se dados sobre área de conhecimento, sexo de pesquisadores e líderes do grupo, data de criação, instituição e região do grupo. A definição de descritores para busca – ‘gênero e saúde’, ‘saúde da mulher’ e ‘sexualidade’ – baseou-se na constituição histórica do campo temático. Outros como ‘saúde do homem’, ‘saúde reprodutiva’, ‘feminismo’ não agregaram novas informações para delimitação de grupos de pesquisa na saúde coletiva.

Para avaliar a produção científica foram examinados dois conjuntos de dados. No primeiro, foram levantadas teses de doutorado e dissertações de mestrado no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).^{**} A inclusão de resumos desde 1987 é contínua e freqüente, definindo-se a data de referência de busca 6/3/2006. Foram levantados dados sobre título do trabalho, ano de defesa, curso, sexo do autor, instituição e região.

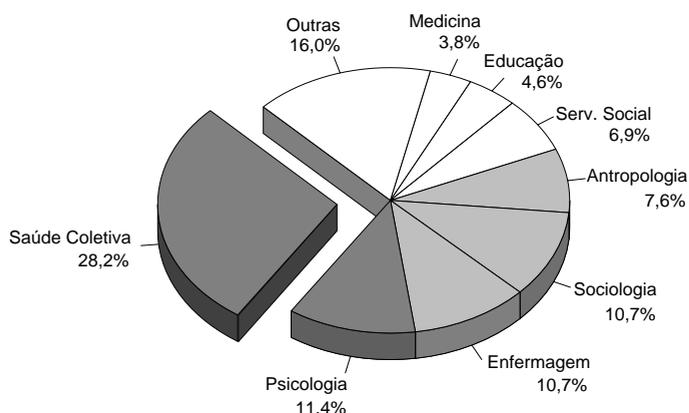
No segundo conjunto, foram examinados quatro periódicos: a Revista de Saúde Pública (RSP), editada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e mais antigo da área (1967); o Cadernos de Saúde Pública (CSP), editado desde 1985 pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; o Ciência e Saúde Coletiva (CiSC) e a Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE), criados pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), respectivamente em 1996 e 1998. No período de 1980 a 2005, foram examinados todos os artigos desses periódicos, disponíveis na SciELO -*Scientific Electronic Library Online*,^{***} – biblioteca virtual para acesso a periódicos científicos na Internet.

No CSP e na RBE, o período de busca iniciou-se com sua criação; na CiSC cobriu de 2000 a 2005, pela disponibilidade na base e na RSP, todo o período de busca - 1980 a 2005. Os termos “gênero”, “mulher” e “sexualidade” foram levantados em todos os campos de busca (título, resumo e palavras-chave do artigo). A análise incluiu a quantificação de títulos por ano,

*Disponível em <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/> [acesso em 12 jul 2006]

**Disponível em <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/> [acesso em 12 jul 2005]

***Disponível em <http://www.scielo.br> [acesso em 6 jul 2006]



Fonte: CNPq/ Lattes - Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil (versão 5.0, na base corrente em 4/5/2005)

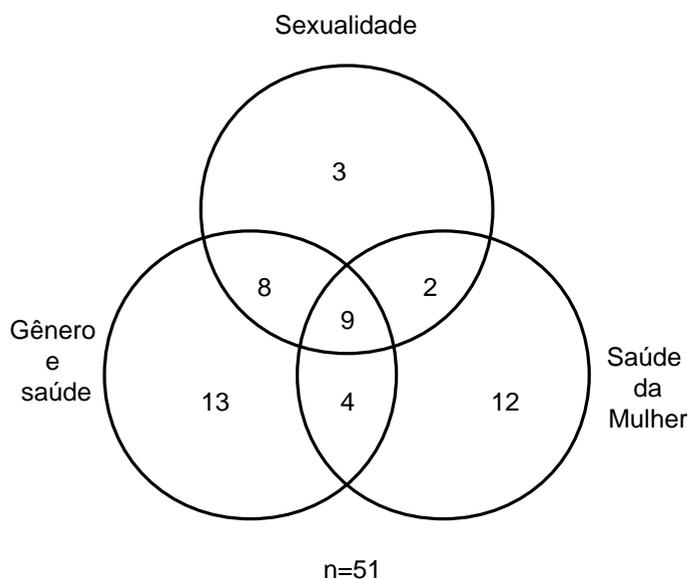
Figura 1 - Distribuição dos grupos de pesquisa sobre gênero e saúde por área do conhecimento. Brasil, 2005.

o sexo do primeiro autor e uma análise qualitativa dos temas, com a seleção de artigos representativos de novas tendências e abordagens.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UM NOVO CAMPO DE ESTUDOS NO BRASIL

A influência do feminismo na produção acadêmica brasileira é antiga, mas foi somente nos anos 80 que surgiram nas universidades núcleos de estudo sobre a mulher, sob a inspiração do modelo norte-americano *Women's Studies*.²⁵

Nessa mesma década, as proposições de encontros nacionais sobre saúde, sexualidade e direitos repro-



Fonte: CNPq/ Lattes - Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil (versão 5.0, na base corrente em 4/5/2005)

Figura 2 - Distribuição dos grupos de pesquisa sobre gênero, sexualidade e saúde da mulher na área de saúde coletiva, segundo unitermo. Brasil, 2005.

ditivos contribuíram para criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Mas a influência do feminismo no âmbito acadêmico nessa área só foi percebida na década seguinte, com a criação dos primeiros núcleos sobre “saúde da mulher”, quando já emergiam estudos de gênero nas ciências humanas.⁵²

Grupos de pesquisa sobre gênero e saúde

O resultado da busca revelou a existência de 131 grupos de pesquisa em 18 áreas do conhecimento, com pelo menos uma linha de pesquisa em “gênero e saúde”. A saúde coletiva concentra a maior proporção deles (28,2%), totalizando 34 grupos (Figura 1).

Por razões históricas, a adoção deste único descritor – “gênero e saúde” – exclui parte da produção do campo temático na área (Figura 2). Assim, 27 grupos são detectados com a expressão “saúde da mulher” dos quais apenas 48,7% incluem “gênero e saúde”; 22 com “sexualidade” (77,3% dos quais também têm “gênero e saúde”). Ao se conjugar os três descritores, totalizam-se 51 grupos, 38,1% dos quais apresentam exclusivamente linhas de pesquisa dentro da temática gênero e saúde, sendo que nove têm “gênero” no título e oito, “saúde da mulher”. Os demais têm denominações genéricas da saúde coletiva ou aludem a temas como violência, trabalho e atenção à saúde. Isso reflete o modo como vem ocorrendo a institucionalização dos estudos de gênero no Brasil, com a busca de legitimação integrando-os à dinâmica da comunidade científica, e evitando *guetos* em espaços alternativos.

Ainda assim, os grupos de pesquisa têm forte presença feminina (73,3% dos pesquisadores e 73,8% dos estudantes), sendo liderados majoritariamente, mas não exclusivamente por mulheres (67,3%). Entretanto, considerando que 65,5% dos grupos têm um segundo líder, dentre os quais 80,5% são mulheres, isso pode indicar a reprodução de hierarquias de gênero na organização do trabalho acadêmico mesmo nesse campo temático, marcado em suas origens pelo feminismo.

Constatou-se forte concentração regional, refletindo a tendência geral da atividade científica no País: 56,6% dos grupos localizam-se na região Sudeste, quase todos no eixo Rio de Janeiro-São Paulo; 22,6% estão na região Nordeste e 17,0% na região Sul. Um exame mais detalhado permite identificar que quatro instituições – Universidade de São

Paulo (USP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – abrigam 23 grupos (ou 45,0% do total).

A criação dos grupos de gênero e saúde na área de saúde coletiva ocorreu basicamente nos anos 90 (43,6% do total), inicialmente no Sudeste e no Nordeste, e até 2005, quando foram criados mais 23 grupos (45,5%) em todas as regiões, exceto a Centro-Oeste. Essa tendência reflete em parte o crescimento sustentado da área de saúde coletiva,⁴⁷ mas também a influência de fatores propícios ao campo temático, que exige análise aprofundada que não será discutida no presente estudo.

Provisoriamente, pode-se assinalar que cursos de curta e média duração têm se conjugado a programas de bolsas de pesquisa formando dezenas de jovens pesquisadores nesta temática em todo o Brasil.⁴ Essas iniciativas foram apoiadas por agências internacionais, especialmente pela Fundação Ford. Recentemente, o Ministério de Ciência e Tecnologia, por meio do CNPq e do Ministério da Saúde, pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, têm lançado editais de financiamento em pesquisa sobre aspectos variados reunidos sob os temas “saúde da mulher” e “saúde do homem”, que propiciam a ampliação e a legitimação da produção científica sobre gênero e saúde.

A institucionalização do campo pode ser percebida também pela regularidade das atividades científicas nos eventos especializados, o que passou a ocorrer de forma visível desde 1995 com a criação do Grupo de Trabalho Gênero e Saúde, atuando com a direção da Abrasco.

Produção científica sobre gênero e saúde no Brasil

A produção acadêmica sobre gênero e saúde no Brasil não se circunscreve à área de saúde coletiva e se quer à grande área de saúde.

Pela produção acadêmica dos cursos de pós-graduação senso estrito, constatou-se que foram defendidas 686 dissertações de mestrado e 222 teses de doutorado, com o termo “gênero” associado à “saúde” e/ou à “sexualidade”, de 1987 a 2004. Os trabalhos distribuem-se em quase duas dezenas de áreas do conhecimento, mas algumas concentram a maior parte dos trabalhos: psicologia, educação, enfermagem, ciências sociais e saúde coletiva. Nesta última, foram localizadas 98 dissertações e 42 teses.

A primeira tese de doutorado a incluir gênero no título foi defendida em 1992 e propunha sua aplicação no estudo da saúde mental das mulheres,⁹⁵ paradoxalmente tema ainda pouco explorado sob esta perspectiva. A maioria dos trabalhos foi defendida na primeira metade dos 2000 – 75% das teses e 70% das dissertações – período de maior crescimento nesse campo temático. Acompanhando a mesma tendência dos grupos de pesquisa, 74% dos trabalhos acadêmicos sobre a temática na área de saúde coletiva concentraram-se em quatro instituições: Fiocruz (28,6%), USP (21,8%), UERJ (12,8%) e UFBA (10,5%). Essas instituições sediam os programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) mais bem qualificados pela Capes, reunindo dois de nível 6 (na UFBA e na Fiocruz) e quatro de nível 5 (na USP, na UERJ e na Fiocruz).

Publicação sobre o tema na saúde coletiva

A saúde coletiva, pela interdisciplinaridade, integra diferentes culturas relativas ao modo de produzir e divulgar sua produção científica. Além dos periódicos examinados, a produção encontra-se dispersa em publicações nacionais e estrangeiras de distintas áreas correlatas, em livros e publicações técnicas. Portanto, a presente análise integra parte dela, ainda que seja a de divulgação mais ampla, por estar disponível em meio eletrônico. Embora sem a pretensão de ser exaustiva, mas de abordar aquilo que é mais representativo do padrão de produção científica brasileira sobre o tema em foco,

Tabela - Número de artigos sobre gênero e saúde e percentual sobre o total em todos os artigos publicados em periódicos selecionados da área de saúde coletiva. Brasil, 1980-2005.

Período	RSP (1980/2005)			CSP (1985/2005)			CISC (2000/2005)			RBE (1998/2005)			Total		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
1980/84	20	288	6,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	288	6,9
1985/89	16	359	4,5	8	256	3,1	-	-	-	-	-	-	24	615	3,9
1990/94	44	376	11,7	26	371	7,0	-	-	-	-	-	-	70	747	9,4
1995/99	42	433	9,7	64	671	9,5	5	39	12,8	111	1.143	9,7
2000/04	97	625	15,5	180	1.142	15,8	26	367	7,1	26	157	16,6	329	2.291	14,4
2005	38	147	25,9	51	264	19,3	23	166	13,9	4	62	6,5	116	639	18,1
Total	257	2.228	11,5	329	2.704	12,2	49	533	9,1	30	258	11,6	665	5.723	11,6

Fonte: SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*.

RSP: Revista de Saúde Pública; CSP: Cadernos de Saúde Pública; CISC: Ciência e Saúde Coletiva; RBE: Revista Brasileira de Epidemiologia; A: Número de artigos sobre o tema; B: Total de artigos em todos os temas; A/B: Proporção de artigos sobre o tema.

serão citadas também excepcionalmente algumas coletâneas sob forma de livro que constituíram marcos em sua divulgação.

Desde 1980, nos quatro periódicos examinados, foram publicados 665 artigos sobre o tema, correspondendo a 11,6% do total de artigos nesses veículos (Tabela). A RSP publicou 257 (38,6%) artigos sobre gênero e saúde, o que corresponde a 11,5% de sua publicação entre 1980 e 2005. Constatou-se uma tendência ao aumento desse percentual a partir de 2000, especialmente em 2005, quando esses temas representaram mais de 25% dos artigos neste periódico. Um suplemento, em 2002, reuniu artigos enfocando distintos aspectos da “prevenção do HIV em contexto de vulnerabilidade social”.⁷¹

O CSP concentrou o maior número absoluto de artigos, que equivale a 49,8% das publicações sobre gênero e saúde e 13,6% do total de artigos do periódico. Tem como característica a inclusão de variedade de temas, especialmente pela edição de três suplementos. O primeiro, publicado em 1991, foi dedicado ao tema de “Mulher e saúde”,⁴³ com forte crítica à perspectiva materno-infantil; o segundo, (1998) dedicou-se à “Saúde Reprodutiva na América Latina”,⁵⁰ o terceiro (2003) sobre “Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva”.⁴ Além desses três, outros suplementos sobre trabalho, violência e desigualdades incluem artigos contemplando a perspectiva de gênero.

As duas revistas da Abrasco – CiSC e RBE – têm pequena expressão no conjunto de artigos, inclusive pelo menor tempo de existência. Todavia, a CiSC dedicou recentemente um suplemento a “O homem como foco da saúde pública”, integrando ampla revisão sobre o tema.⁸⁵

A organização de suplementos reflete não apenas a resposta a demandas sociais da área, mas a sensibilidade do corpo editorial a temas emergentes ou negligenciados pela *ciência normal*, contribuindo fortemente para a difusão de novas idéias, conceitos e abordagens.

Quem publica sobre gênero e saúde

A exemplo do que ocorre em outras áreas do conhecimento, são as próprias mulheres que estão produzindo trabalhos sobre gênero, sendo maioria na autoria dos estudos. Elas são autoras de 86,0% das teses e 89,0% de dissertações da área, além de representar 70,5% dos autores principais dos 665 artigos sobre gênero e saúde examinados. Isso reflete em parte a forte presença de mulheres na saúde coletiva; mas pode ser explicado por fatores inerentes à

constituição do campo temático. Heilborn & Sorj,⁵² analisando o mesmo fenômeno na produção sobre gênero em ciências sociais, oferecem algumas interpretações que podem se aplicar à saúde coletiva: “Por um lado, isto reflete o peso que a hierarquia de prestígio entre os sexos tem em ordenar objetos científicos e cientistas; por outro, a percepção de que existe uma forte associação entre a área de estudos de gênero e movimentos de mulheres dificulta a incorporação de pesquisadores homens”.

Nesta área, os homens estão mais presentes como autores em dois momentos: primeiro, na literatura com enfoque materno-infantil,^{1,12,59,88,89} especialmente na década de 1980. Posteriormente, com o surgimento dos estudos sobre masculinidades^{14,39,40,45} e em parte da literatura sobre Aids e sexualidade^{49,63,76} a partir dos 1990. Mas um único artigo sobre teoria feminista e sociologia médica²³ é de autoria de dois homens.

Sobre o que se produz

Na primeira metade dos anos 80, predominava a visão materno-infantil, com 75% dos artigos enfocando a gestação, o parto e o aleitamento.^{21,89,92} A mortalidade materna, que posteriormente passou a integrar a agenda de prioridades do movimento feminista e do setor saúde, começava a ser investigada,⁸⁸ ainda sob uma ótica clínico-epidemiológica de identificação do perfil de causas.

Um artigo de Barroso¹³ (1984) destacou-se pela originalidade e pioneirismo e inaugurou o debate sobre a esterilização feminina com visão feminista. Além disso, antecipou a inflexão temática da *concepção* à *contracepção* que se iniciou na segunda metade dessa década como resultado da drástica redução da fecundidade de mulheres brasileiras. A partir de então, cresceu o interesse sobre práticas contraceptivas, incluindo o uso de métodos reversíveis, o aborto e a laqueadura tubária.^{29,55,93}

A reprodução – e seu reverso, a contracepção – passaram a ser investigadas na perspectiva da *mulher*, categoria empírica que seria adotada em estudos sobre aspectos da situação epidemiológica e da assistência saúde no País, sob a égide do PAISM.^{26,70} A perspectiva de integralidade ampliou o espectro das questões de saúde abordadas em todas as etapas da vida, passando a contemplar o câncer^{8,62} e a hipertensão arterial⁹¹ ainda que circunscritos à esfera reprodutiva.

Uma coletânea sobre “Mulher, saúde e sociedade no Brasil”⁵⁷ (1989) e o suplemento do CSP sobre “Mulher e saúde”⁴² (1991), são ilustrativos dessa nova perspectiva. Ambos abordaram aspectos até então ne-

gligenciados, tais como o trabalho¹⁶ e a violência.⁶⁶ Surgiram então novos temas, como a Aids em mulheres,³⁴ o parto cesáreo³⁸ e o aborto.⁶¹ Um artigo analisou diferenciais de mortalidade que conferiam maior sobrevida às mulheres brasileiras.⁷ A abordagem é retomada no primeiro artigo a incluir gênero no título, analisando diferenciais de morbidade e utilização dos serviços de saúde,⁵ onde se constatou no Brasil o aparente paradoxo descrito na literatura internacional: vivendo mais que os homens, elas freqüentam mais os serviços de saúde, o que reflete a intensa medicalização dos ciclos reprodutivos femininos.

Durante a década de 90, houve expressiva produção sobre aborto, tema polêmico, de difícil abordagem metodológica, mas muito valorizado pelo movimento feminista. Inicialmente, os estudos foram dedicados a conferir visibilidade ao fenômeno, com a descrição de perfis de usuárias,^{41,51,83,94} e posteriormente se complexificaram em estudos populacionais^{69,90} até introduzirem as relações de gênero como determinantes da prática.^{28,37}

Destaca-se um suplemento dos CSP (1998) dedicado a “Saúde Reprodutiva na América Latina”,⁵⁰ apresentando o debate sobre os dilemas na reprodução assistida, artigos sobre a atenção à saúde reprodutiva e a importante questão da esterilização feminina. A articulação entre religião e saúde reprodutiva é tratada em um dos artigos⁵³ e dois deles abordam pela primeira vez o papel dos homens na saúde reprodutiva.^{40,96}

No ano seguinte, outra coletânea elege também “Questões da Saúde Reprodutiva”⁴⁴ como foco, revisando conceitos como saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos; problematizando noções como corpo e medicalização; e discutindo a atuação dos serviços de saúde.

A expansão da Aids coloca em pauta a sexualidade e motiva inúmeros artigos, incluindo o suplemento da RSP⁷¹ onde a noção de vulnerabilidade é central. São discutidas as implicações da infecção para o exercício da sexualidade e da reprodução, e temas como masculinidade e vulnerabilidade, juventude e prevenção da Aids. Também o fenômeno da gravidez na adolescência legitima a investigação sobre a sexualidade, o que é discutido em artigo recente.³

A relação entre gênero e trabalho é investigada durante todo o período, mas a produção é escassa e concentrada em duas instituições: a Fiocruz,^{16-18,78} e a UFBA, pela atuação de dois grupos de pesquisa – o MUSA^{6,9} e o PISAT^{80,81} do Instituto de Saúde Coletiva. Nessa temática, ressaltam alguns estudos de cunho epidemiológico que buscam articular gênero e

saúde, e um outro atualizando o tema do aleitamento materno na perspectiva das trabalhadoras.⁷⁵

A violência é outro tema abordado em todo o período, mas cuja produção de fato cresceu nos anos 90. A articulação entre violência, gênero e saúde apresenta imenso potencial de desconstrução do essencialismo biológico, constituindo tema valorizado pelo feminismo. Inicialmente, os estudos buscaram conferir visibilidade ao fenômeno no âmbito doméstico e familiar³¹ e nos serviços de saúde.^{32,84} Também chamaram atenção para o papel dos serviços de saúde na produção de outra modalidade de violência – a chamada violência institucional – que motivou inclusive a publicação no *Lancet* de um dos poucos artigos de impacto internacional.³⁰

Pela excepcionalidade e pelo potencial de novas fronteiras de investigação, destaca-se o uso do gênero no estudo de outras doenças transmissíveis endêmicas, tais como a esquistossomose⁶⁵ e a hanseníase.⁶⁸

A variedade de temas e questões dos artigos de duas publicações^{4,11} originadas do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva é característica da primeira metade da década 2000, onde ocorre uma vasta proliferação de títulos. Esse período foi marcado pelo aumento de estudos sobre avaliação em saúde,^{2,24,33,35,36,67,72,74,87} e sobre bioética e gênero.³⁴ Citam-se também os que refletem o amadurecimento do campo, com articulação de temas como: violência e gestação,²² HIV/Aids e esterilização,¹⁰ morte por Aids e morte materna,¹⁵ sexualidade e esterilização,⁹⁴ paternidade e cuidado de crianças.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento do campo de gênero e saúde confirma o crescimento acentuado na produção científica, especialmente nos últimos cinco anos. Grosso modo, os temas podem ser reunidos em cinco subgrupos: reprodução e contracepção; violência de gênero, e suas variações, como violência doméstica, familiar, conjugal e sexual; sexualidade e saúde, com ênfase nas DST/Aids; trabalho e saúde, incluindo o trabalho doméstico e o trabalho noturno; outros temas emergentes ou pouco explorados como o envelhecimento e a saúde mental.

É possível contabilizar um grande número de estudos empíricos atualmente. Porém é escassa a produção teórica e epistemológica que permita compreender não apenas como as relações de gênero afetam a saúde, mas também como influenciam a produção do conhecimento científico sobre saúde.

Algumas condições iniciais dificultaram a introdução da perspectiva de gênero na saúde coletiva, particularmente a influência do marxismo com ênfase na classe social para explicação das desigualdades sociais. Contudo, a intensa politização da área com forte crítica à neutralidade na ciência e o incontestável compromisso com as transformações sociais têm contribuído para a legitimação desse campo temático. Esses fatores atuam de modo distinto nas subáreas de ciências sociais em saúde, epidemiologia e planificação e políticas de saúde.

É evidente que a maior produção concentra-se nas ciências sociais em saúde, privilegiando a abordagem de gênero como construção cultural e recorrendo a estratégias qualitativas. A escolha metodológica reflete a tradição das ciências sociais brasileiras, mas também a compreensão de muitas pesquisadoras feministas de que os métodos quantitativos são incapazes de capturar a complexidade das relações de gênero e seus efeitos sobre diferentes esferas da vida social, entre elas a saúde.

Isso provavelmente explica a pouca penetração desta perspectiva nos estudos epidemiológicos, que combinam o uso de métodos quantitativos com a influência das ciências biomédicas na definição dos objetos de interesse, o que sempre constituiu motivo de resistência no campo de gênero. Ou seja, a epidemiologia tem investigado doenças clinicamente definidas, reservando as teorias sociais para o estudo de seus determinantes. Na epidemiologia social, o primado da classe social como categoria explicativa das desigualdades resultou na relativa impermeabilidade à incorporação de categorias como gênero, raça/etnia e geração. Ainda é comum o tratamento da idade como fator biológico e a recusa ao reconhecimento da raça como construção social – já que a genética desconstruiu sua base biológica.

A incorporação do gênero tem ocorrido como categoria empírica “politicamente correta” que substitui o sexo, esvaziando o sentido atribuído pelas teorias feministas. Essa redução restringe o potencial de explicação da dinâmica social mais ampla, ou seja, deixa de explorar o gênero como “um princípio de organização social”.⁵²

Observa-se a menor produção com enfoque de gênero no planejamento e políticas de saúde, à exceção dos estudos recentes de avaliação em saúde, na maioria das vezes, voltados à saúde da mulher. Os temas “nobres” desta subárea, tais como modelos de atenção, controle social e movimentos sociais, relações de poder e estrutura de saúde, têm tido pouca influência da perspectiva de gênero. Isso já havia sido constatado

entre as ciências humanas pela menor penetração desse enfoque nas ciências políticas, comparativamente à antropologia, à sociologia e à história.^{73*1} Pode-se especular que as concepções de gênero que definem o mundo da política como masculino também ordenam a ciência que o estuda. No entanto, o afastamento dos estudos de gênero da influência original da economia política em direção a uma abordagem da construção cultural e ao privilégio das questões de identidade⁴² pode igualmente ter contribuído para essa lacuna pela insuficiente teorização sobre aqueles temas. Com o intuito de modificar esse quadro, o Grupo de Trabalho Gênero e Saúde da Abrasco desenvolveu iniciativas, como o seminário em parceria com a *Asociación Latinoamericana de Medicina Social* (ALAMES) sobre “Saúde, equidade e gênero”, em 1999. O seminário resultou em coletânea onde essa relação é analisada sob distintos ângulos.²⁷

São grandes os desafios políticos, epistemológicos e metodológicos para consolidação dos avanços alcançados. A profusão de títulos e a grande diversidade de questões abordadas tornam qualquer revisão de caráter panorâmico parcial e insuficiente. É preciso produzir sínteses dessa literatura em cada uma de suas vertentes para precisar melhor lacunas e caminhos de investigação.

Do ponto de vista ético, este campo tem se debruçado sobre objetos potencialmente desafiadores, tais como sexualidade, violência sexual e aborto. São temas íntimos e privados, envolvendo por vezes dimensões de clandestinidade ou ilegalidade, cujos aspectos éticos têm implicações metodológicas e vice-versa.

Há muito que se fazer do ponto de vista teórico, e para tanto, dois principais desafios estão postos. Em primeiro lugar, estão as dificuldades envolvidas na integração de conhecimentos advindos das ciências biomédicas e sociais. Isso porque, em que pese a necessidade de desnaturalizar os fenômenos de interesse e desvendar as representações de gênero que orientam a produção do conhecimento, os aspectos biológicos não podem ser tratados tão somente em sua dimensão simbólica e cultural na investigação de muitas questões na área de saúde.

Outro desafio diz respeito à transversalidade do gênero e à necessidade de articular esta categoria analítica a outras como raça/etnia, classe social e geração. A perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica em saúde coletiva, podendo se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e de seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Greice Menezes e Mauricio Lima Barreto da Universidade Federal da Bahia – UFBA e

Prof. Luisa Elvira Belúnde, da University of St Andrews, Scotland pelas sugestões; à Tatiane Lemos Calmon (UFBA) pelo apoio no levantamento de dados bibliográficos.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife. 1. Avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. *Cad Saúde Pública*. 1997;13:59-65.
2. Alves AM, Coura-Filho P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6:243-57.
3. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida Mda C, Araujo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):S377-88.
4. Aquino EM, Heilborn ML, Barbosa RM, Berquo E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):S198-9.
5. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saúde Pública*. 1992;26:195-202.
6. Aquino EML, Menezes GMS, Marinho LFB. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. *Cad Saúde Pública*. 1995;11:281-90.
7. Aquino EML, Menezes GM, Amoedo MB, Nobre LC. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? *Cad Saúde Pública*. 1991;7:174-89.
8. Aquino EML, Carvalho AI, Faerstein E, Ribeiro DCS. Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1986;2:53-65.
9. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:424-33.
10. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, Aids e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):365-76.
11. Barbosa RM, Aquino EML, Heilborn ML, Berquo E, organizadores. In: Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Campinas: Unicamp; 2002.
12. Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(Suppl 1):87-92.
13. Barroso C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Rev Saúde Pública*. 1984;18:170-80.
14. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:71-80.
15. Bonciani RDF, Spink MJP. Morte por Aids ou morte materna: a classificação da mortalidade como prática social. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:645-52.
16. Brito JC, D'Acri V. Referencial de análise para a estudo da relação trabalho, mulher e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1991;7:201-14.
17. Brito JC. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:195-204.
18. Brito J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:879-90.
19. Bustamante V. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1865-74.
20. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
21. Candeias NMF. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. *Rev Saúde Pública*. 1983;17:71-82.
22. Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saúde Pública*. 2004;38:62-70.
23. Castro RP, Bronfman MP. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cad Saúde Pública*. 1993;9:375-94.
24. Cesar JÁ, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, Iastrenski FM. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:1365-72.
25. Costa AOC, Blay EA, organizadores. Gênero e universidade. São Paulo: NEMGE-USP; 1992. p. 222.
26. Costa AM, Aquino EML. Saúde da mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: Costa AM, Mércan-Hamann E, Tajer D, organizadores. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília (DF): UNB/ABRASCO-ALAMES; 2000. p. 181-202.

27. Costa AM, Mércan-Hamann E, Tajer D, organizadores. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília (DF): UNB/ABRASCO-ALAMES; 2000.
28. Costa RG, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Pública*. 1995;11:97-105.
29. Costa SH, Martins IR, Pinto CS, Freitas SRS. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1989;5:187-206.
30. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359:1681-5.
31. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública*. 2005;21:417-25.
32. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:129-37.
33. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:627-37.
34. Diniz D. Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:634-9.
35. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 1):52-62.
36. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:645-54.
37. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJMD, Faúndes A, Hardy E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:271-77.
38. Faundes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública*. 1991;7:150-73.
39. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:105-9.
40. Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Suppl 1):87-96.
41. Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996;30:13-8.
42. Fraser N. Políticas feministas na era do reconhecimento: uma abordagem bidimensional da justiça de gênero. In: Bruschini C, Unbehaun SG, organizadores. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Ed. 34; 2002. p. 59-78.
43. Giffin KM. Mulher e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1991;7:133-4.
44. Giffin KM, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
45. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8:825-9.
46. Gomez GE. Equity, gender, and health: challenges for action. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11:454-61.
47. Guimarães R, Lourenço R, Cosac S. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001;35:321-40.
48. Haig D. The inexorable rise of gender and the decline of sex: social change in academic titles. *Arch Sexual Behavior*. 2004;33:87-96.
49. Hamman E. A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1994;10:406-7.
50. Hardy EE [editorial]. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Supl 1):4-5.
51. Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 1992;8:454-8.
52. Heilborn ML, Sorj B. Estudos de gênero no Brasil. In: Miceli S, organizador. O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). São Paulo: Sumaré/ANPOCS; 1999. p. 183-221.
53. Kissling F. Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Suppl 1):135-7.
54. Koifman RJ, Quinhões EP, Monteiro GTR, Rodrigues R, Koifman S. Aids em mulheres adultas no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1991;7:232-50.
55. Koifman S, Paes SJP, Paula Oliveira DP, Vianna NF, Giovanini ME, Castro MLO et al. Avaliação do anticoncepcional Norplant no Município do Rio de Janeiro, RJ (Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1987;21:513-22.
56. Krieger N, Fee E. Man-made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *Intern J Health Serv*. 1994;24:265-83.
57. Laqueur T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
58. Labra ME organizador. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1989.
59. Laurenti R, Jorge MHPM, Gottlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7:449-60.

60. Lewin E, Olesen V. Occupational health and women: the case of clerical work. In: Lewin E, Olesen V, editors. *Women, health and healing: toward a new perspective*. New York: Tavistock Publications; 1985. p. 53-86.
61. Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto CS. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cad Saúde Pública*. 1991;7:251-66.
62. Mendonça GAS. Câncer na população feminina brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1993;27:68-75.
63. Mota MP. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:145-55.
64. Nicholson L, editor. *The second wave: a reader in feminist theory*. New York: Routledge; 1997.
65. Noronha CV, Barreto ML, Silva TM, Souza IM. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. *Cad Saúde Pública*. 1995;11:106-17.
66. Noronha CV, Daltro ME. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? *Cad Saúde Pública*. 1991;7:215-31.
67. Oliveira LA, França Junior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):315-23.
68. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:51-60.
69. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev Saúde Pública*. 1996;30:444-51.
70. Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Suppl 1):25-32.
71. Parker R. HIV/Aids: avaliação democrática e a construção coletiva do conhecimento. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(Supl. 4):2-3.
72. Pinho AA, França Jr I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003;19(Suppl 2):303-13.
73. Pinto C. Movimentos sociais: espaços privilegiados da mulher enquanto sujeito político. In: Costa AO, Bruschini C, organizadores. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992. p.127-50.
74. Porto M, McCallum C, Scott RP, Moraes HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):243-52.
75. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Santos RG, Greiner T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:149-56.
76. Rios LF. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):223-32.
77. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl 2):201-12.
78. Rotenberg L, Portela LF, Marcondes WB, Nascimento CMCP. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cad Saúde Pública*. 2001;17:639-49.
79. Rubin G. The traffic in women: notes on the "political economy" of sex. In: Nicholson L, editor. *The second wave: a reader in feminist theory*. New York: Routledge; 1997. p. 32.
80. Santana VS, Amorim AM, Oliveira R, Xavier S, Iriart J, Belitardo L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:65-74.
81. Santana VS, Loomis DP, Newman B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Rev Saúde Pública*. 2001;35:16-22.
82. Schienbinger L. O feminismo mudou a ciência? Bauru: EDUSC; 2001. p. 32.
83. Schor N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1990;24:144-51.
84. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Jr I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:470-7.
85. Schraiber LB, Gomes Ro, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:7-17.
86. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educ & Realidade*. 1990;16:5-22.
87. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:1281-9.
88. Siqueira AAF, Tanaka ACA, Santana RM, Almeida PAM. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Rev Saúde Pública*. 1984;18:448-65.
89. Siqueira AAF, Santos JLF, Silva JF. Relação entre estado nutricional da gestante, fumo durante a gravidez, crescimento fetal e no primeiro ano de vida. *Rev Saúde Pública*. 1986;20:421-34.
90. Souza e Silva R. Patterns of induced abortion in urban area of Southeastern region, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1998;32:7-17.

91. Szwarcwald CL, Costa SH, Costa EA, Klein CH, Leal MC. Anticoncepcionais orais e pressão arterial: pesquisa epidemiológica de hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Cad Saúde Pública*. 1985;1:177-91.
92. Tudisco ES, Manoel NJ, Goldenberg P, Novo NF, Sigulem DM. Avaliação do estado nutricional materno e duração do aleitamento natural. *Rev Saúde Pública*. 1984;18:313-22.
93. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública*. 1994;28:440-8.
94. Villela W, Barbosa R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996;30:452-9.
95. Villela WV. Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina [tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992. p. 187.
96. Viveros M, Gomez F, Otero E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Suppl 1):97-103.