



EQUIDADE DE GÊNERO E SAÚDE DA MULHER: Uma Abordagem Bibliográfica

Vania Santos Barbosa¹

¹ Assistente Social, especialista em Gestão de Políticas Públicas em Saúde, e Especialista (cursando) em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça – Universidade Federal de Sergipe. e-mail: vania_sbarbosa@hotmail.com

Resumo: Este artigo objetiva oferecer subsídios para a reflexão e discussão sobre a equidade de gênero no atendimento a saúde da mulher. Mostra que ao se tratar das questões de gênero e saúde da mulher ainda são evidentes grandes entraves a serem superados. Inicialmente é feito um recorte histórico do percurso traçado pelas mulheres dentro da sociedade brasileira, na tentativa de mostrar algumas dificuldades e conquistas realizadas por elas nas questões de garantias sociais. Também é traçado um breve resgate do processo de fomentação das legislações do país ao longo do tempo no campo da saúde, fazendo uma relação com as questões de gênero e saúde. Igualmente faz-se uma análise dos conceitos determinantes de gênero e das premissas referentes equidade de gênero. Após conceitua-se todos esses elementos, é proposto uma reflexão e análise sobre as garantias constitucionais para as mulheres brasileiras no que tange a saúde. Do mesmo modo, reflete-se sobre melhorias no atendimento em saúde, por meio da implementação ou reformulação de Políticas Públicas voltadas para essa categoria em estudo para que além de trazer novos benefícios, garanta efetividade no cumprimento dos direitos sociais e no livre exercício da cidadania.

Palavras-chave: Gênero, Saúde da mulher, Políticas Públicas.

1. Introdução

Discutir os paradigmas de interpretação da realidade e suas contribuições para o processo de saúde da população requer percepção da relação sujeito-objeto como a questão central de análise. Fazer um traçado da história do movimento de mulheres pela saúde pressupõe um resgate de uma parte importante do feminismo. Visto que, para as feministas, o direito à saúde perpassa a cura da enfermidade, pois esse refere-se ao ser humano na sua totalidade, envolvendo o bem-estar físico, emocional e mental. Assim sendo, a saúde além de influenciar e ser condicionada por todos os aspectos da vida é também assegurada pela alimentação, educação, habitação, cultura e trabalho dentre outros, não podendo dessa forma ser desvinculada do seu papel dentro da sociedade e da esfera íntima da mulher.

A partir do momento em que as mulheres fazem um processo de tomada de consciência, e começam a transformar dificuldades pessoais e individuais em assuntos políticos, é que se verificam as mudanças acontecendo nas estruturas sociais, no tocante ao campo da saúde, onde as manifestações dessa categoria tiveram grandes avanços.

Destarte, a proposta elencada nesta pesquisa tem como objetivo refletir e provocar a discussão sobre a equidade de gênero no atendimento a saúde da mulher. Enfatizando conceitos sobre gênero e mulher no processo de construção histórica da sociedade brasileira. Na tentativa de se traçar o percurso feito pelas mulheres no que tange a garantia dos serviços básicos de atendimento à saúde, assim como a partir dos debates gerados, fomentar prerrogativas que levem a melhoria desses serviços e desse modo, possa proporcionar a essa categoria mais qualidade de vida e uma cidadania mais equânime.

No primeiro momento fez-se uma revisão da literatura buscando em periódicos subsídios para a construção dessa análise. Em seguida traçou-se um percurso histórico das mulheres na sociedade brasileira, das questões de gênero e saúde da mulher, assim como um breve esboço do processo de formação dos serviços de saúde.

O método utilizado na pesquisa foi o método do materialismo histórico e dialético, ou a dialética marxista por ser um método que se utiliza da interpretação da realidade, da visão de mundo e



da práxis, essa entendida por Marx como um método que se desenvolve com e através de abstrações do pensamento, a fim de compreender de forma consistente a atividade prática.

Nota-se assim, que as premissas em saúde tem tomado foco na formação da sociedade civil pela grande demanda, principalmente a feminina, que têm buscado alternativas bem significativas para cuidar da saúde e melhores condições de atendimento nas unidades de saúde, conseqüentemente a garantia de seus direitos constitucionais.

2. Recorte histórico

Por ser uma categoria muito numerosa no Brasil, as mulheres sofreram e ainda sofrem com a duplicidade de discriminação de gênero e de raça, pois desde meados do século XIX lutam contra todas as formas de negligência, violência, discriminação e exclusão presenciadas em diversos momentos e locais da sociedade. Sendo essas formas de agressão manifestadas principalmente, pela desigualdade de remuneração e de direitos, no descaso de acolhimento de bens e serviços sociais, nos vários estigmas socioculturais, entre outros elementos que limitam seu exercício da cidadania e a dignidade humana.

Nesse contexto, segundo Scavoni (2004 *apud* Galvão, 2008), a importância em que representou os estudos feitos sobre a mulher, entre outros aspectos, levou a uma superação da tendência em se procurar no determinismo biológico o esclarecimento para as desigualdades sexuais, e assim, promover um rompimento com as oposições binárias existentes em várias teorias, como natureza e cultura, objetivismo e subjetivismo, razão e emoção, etc. Oposições que guiaram, durante um longo período, a visão da ciência a cerca das diferenças entre homens e mulheres e, acabaram por definir hierarquicamente o domínio do poder masculino e do feminino dentro da sociedade.

Retomando o contexto do Brasil nas primeiras décadas do século XX nota-se forte atenção para a saúde da mulher, ao qual passa a ser incorporada às políticas nacionais de saúde, contudo, nessa ocasião os serviços de atendimento a saúde eram limitados e focavam uma demanda mínima, relativas à gravidez e ao parto e não a saúde da mulher como um todo.

A Carta Cidadã implantada no Brasil em 1988, definiu o papel do Estado, elencando as responsabilidades desse com a saúde dos brasileiros. Foi criado a partir de então, o Sistema de Seguridade Social, que inclui a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, trazendo assim, uniformidade ao conceito ampliado de saúde. Criou-se também o Sistema Único de Saúde (SUS) que passa a dar atenção e cuidado à saúde de maneira integral.

A partir disso, percebe-se a presente atuação no campo da saúde, do movimento feminista brasileiro que colaborou para inserção na agenda política nacional, de algumas ações importantes nessa área que até então eram restritas ao espaço e às relações privadas.

A partir das manifestações e avanços conquistados pelas reivindicações movimento feminista pela busca de garantia de direitos e qualidade de vida adequada às mulheres brasileiras, é que os serviços de saúde foram ganhando força e aos poucos melhorando. Entretanto, foi no âmbito desse mesmo movimento feminista, que os programas de saúde foram amplamente repreendidos pelo aspecto reducionista com que tratavam as mulheres, deixando-as sem nenhuma forma de assistência boa parte de sua vida.

Um fato que chama a atenção nesse contexto é que mulheres com maiores níveis educacionais e com participação mais efetiva no mercado de trabalho estão, em geral, mais capacitadas para contribuir para a saúde e a produtividade de suas famílias, pois conseguem criar melhores perspectivas para as novas gerações.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1984), foi elaborado desde 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. Ressalva-se que, esse novo programa incorporou princípios e diretrizes às propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção a saúde. Ainda segundo o Ministério da Saúde, o objetivo principal do PAISM é atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas.



A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004a), complementa dizendo que o PAISM dominava ações educativas, de prevenção, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, assim como em outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Para tanto, verifica-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) acaba sendo constituído nesse espaço, onde as ações e serviços básicos de saúde se reorganizam, dentre os quais encontram-se as ações e serviços de atenção à saúde da mulher.

Ainda segundo a Constituição Federal de 1988 (CF 88), no que diz respeito à Política de Saúde afirma que essa é “direito de todos e dever do Estado”, sendo implementada e efetiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tanto a CF 88 em seu Artigo 196 quanto no *caput* do Art. 3º da Lei 8.080/1990 trazem um conceito de saúde que diz que,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988).

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde *apud* FERREIRA, 2011, p. 219).

Somente na década de 1990 é que se implanta uma configuração restaurada da política de saúde no Brasil, onde essa demonstra características voltadas para dois vieses bem diferentes. Um referente à Reforma Sanitária e o outro ao Privatista, sob a influência do processo da redução da ação do Estado. A Reforma Sanitária caminha na linha do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto que o projeto Privatista arrisca alavancar princípios do modelo médico-assistencial, dos anos 70.

Com isso, pode-se dizer que as Políticas Públicas implantadas no país exercem um papel considerável e importante na garantia dos direitos sociais da população, no entanto, essas Políticas Públicas, principalmente as voltadas para a área da saúde, ainda deixam a desejar em alguns aspectos, visto que, no seu percurso histórico, muitas que são voltadas para o atendimento das necessidades da demanda seja feminina ou não, vêm se caracterizando de forma submissa aos interesses econômicos e políticos do Estado, sendo implementadas por meio de práticas assistencialistas e clientelistas, refletindo relações que não configuram o reconhecimento dos direitos sociais do ser humano.

2.1 As premissas de equidade de gênero e saúde da mulher

Segundo Nogueira *et al.* (2008), o conceito inicial de gênero surgiu entre as estudiosas feministas na tentativa de contraposição à ideia da essência, negando qualquer explicação fundamentada no determinismo biológico, que determinasse o comportamento de homens e mulheres, construindo uma visão naturalista, universal e imutável do comportamento humano. Dessa forma, o determinismo passou a ser justificado pela desigualdade característica entre as categorias masculinas e femininas, através de suas diferenças físicas.

Já conforme Scott (1989 *apud* Mendes, 2008), entende-se por gênero,

Como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder.

A partir do momento que se implantou a categoria de gênero como um referencial de análise do ser humano na sua totalidade, passou-se a se ter um novo olhar as questões relacionadas à mulher, contemplando ainda mais as dimensões socioculturais em que essas estão inseridas e não somente a



dimensão biológica como antes. Logo, a categoria gênero faz referência ao conjunto de relações, papéis, crenças, atributos e atitudes que norteiam o significado de ser homem ou ser mulher.

O fator equidade em saúde pressupõe a implantação e desenvolvimento de ações que se não extinguem, mas ao menos diminuam as desigualdades existentes no contexto social em que as categorias se inserem. No entanto, não se trata de conceber aos diferentes grupos da sociedade como meramente iguais, nem tão pouco reduzir as diferenças culturais ou de caráter biológico, mas de se provocar uma redução de desigualdades no acesso e no uso de serviços de saúde.

Vale ressaltar que, é justamente na equidade de gênero na saúde que se constituem um importante pilar social, o da justiça social, que serve como instrumento verificador do comprometimento e o papel do Sistema de Saúde para com a sociedade. Pois tanto no sistema formal quanto informal da saúde ainda há muitos estereótipos de gênero, que agregam a velha ideia de que o fator biológico se sobrepõe ao social e conseqüentemente ao humano.

Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), a igualdade de gênero é muito importante, sendo evidenciada dentro dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A igualdade de gênero foi reconhecida como ferramenta fundamental para alcançar os outros sete objetivos do milênio.

Seguindo a mesma linha, foram elencados os princípios de dignidade, liberdade, privacidade e igualdade de tratamento perante a lei que se converteram de forma gradativa, em legislação complementar e ordinária, na tentativa de reduzir as desigualdades e as discriminações entre homens e mulheres no país.

Contudo, se há um crescente número de ordens legais sendo criadas no Brasil estabelecendo preceitos que garantam a igualdade de tratamento perante a lei e na equidade de gênero, no cotidiano propriamente dito, perduram vários obstáculos quanto à realização dessas premissas legais, que se expandem no campo da saúde, tanto na esfera pública ou privada.

Diante disso, a questão da igualdade de gênero torna-se fundamental para que se tenha uma sociedade mais justa e igualitária para todos. Assim como retrata Santos (1996), quando discute do assunto dizendo que “temos o direito de ser igual, sempre que a diferença nos inferioriza. Temos o direito de ser diferentes, sempre, que a igualdade nos descaracteriza”.

3. Metodologia

Esta pesquisa bibliográfica foi realizada pela autora deste trabalho em periódicos que abordavam essa temática.

De acordo com Gil (2008) a “pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (p.50). Sendo assim, pode-se classificar essa pesquisa como um estudo de caso exploratório, o qual segundo o mesmo autor, “são desenvolvidas com objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, de determinado fato” (p. 28).

Diante disso, essa pesquisa se utilizou do método do materialismo histórico dialético, ou a dialética marxista por ser um método que se utiliza da interpretação da realidade, da visão de mundo e da práxis, essa entendida por Marx como um método que se desenvolve com e através de abstrações do pensamento, a fim de compreender de forma consistente a atividade prática. Essa dialética que Marx aborda em sua teoria aparece como uma tentativa de superação dessa separação entre sujeito e objeto.

Triviños (1997), afirma que “o marxismo compreende, precisamente, três aspectos principais: o materialismo dialético, o materialismo histórico e a economia política”.

Vale ressaltar que o materialismo dialético considera os fenômenos da natureza, o seu método de investigação e de conhecimento, portanto, é dialético, porque a sua interpretação, a sua compreensão dos fenômenos da natureza, a sua teoria é materialista. Já o materialismo histórico prolonga os princípios do materialismo dialético ao estudo da vida, sendo aplicado aos fenômenos da vida social, e a sociedade de forma geral, podendo atingir formas mais adequada e abrangente desses fenômenos sociais, como também descobrir as leis objetivas mais gerais que gerem a sua evolução.



4. Resultados e Discussões

Ainda que seja constitucionalmente garantido a todos os cidadãos o acesso universal a saúde, o mesmo continua passando por entraves no seu processo de execução de serviços e funcionamento da rede de saúde como um todo, sendo frequentemente visualizada a fragmentação e fragilidade dos serviços ofertados a população, dentre outros aspectos, como a falta de recursos financeiros, a falta de profissionais qualificados em unidades de saúde, entre outras questões, gerando entre outros fatores, o descaso e a negligência no atendimento a população.

Com o passar do tempo, diversas discussões foram geradas a cerca da saúde de forma geral e principalmente no que tange a saúde da mulher. Alguns programas de saúde ligados às premissas da mulher tornaram-se reflexo desta atitude geral da sociedade de insatisfação perante o que se era ofertado a essa categoria. Nota-se que há um avanço na oferta dos serviços de saúde para atender as necessidades características dessa demanda, fato esse que recentemente acabou por desenvolver novos programas que priorizam as necessidades particulares dessa categoria acima de propósitos exclusivamente sociais.

Segundo Yamamoto (2004), o país continua vivenciando um contexto de regressão de direitos políticos, civis e sociais, levando-se a uma reflexão mais profunda sobre o desmoronamento do legado de conquistas históricas no percurso de formação da sociedade.

Por conseguinte, sob o ditame da igualdade social é apropriado ressaltar a existência de alguns programas sociais de governo, posto que estes, “estão contribuindo para a redução da pobreza e da desigualdade no Brasil, mesmo a passos lentos, como demonstram as recentes pesquisas” (IOSIF, *apud* GUIMARAES, 2009, P. 188-189).

No que tange a cidadania, Marshall (1967), diz que a conquista da cidadania não foi algo que aconteceu de uma hora para outra, mas ao longo dos séculos. Entretanto, foi neste último século que os direitos sociais estiveram diretamente relacionados ao atendimento das necessidades básicas do ser humano, a exemplo do direito à justiça social, à educação, à saúde, à alimentação adequada, à segurança, à habitação, ao salário justo e à assistência.

Segundo este mesmo viés, é possível afirmar que mesmo havendo grandes conquistas elencadas com a reforma constitucional de 1988, no que se refere às mulheres brasileiras, muito deve ser revisto e realizado em prol dessa categoria, visto que, ainda existem muitos resquícios genéticos de natureza discriminatória, desigual e excludente evidentes principalmente na formulação de Políticas Públicas para as mulheres, negligenciando e negando os direitos constitucionais a elas fornecidos.

Torna-se evidente que para se atingir o bem-estar das mulheres em sua totalidade, essas devem obter uma saúde de qualidade em todos os aspectos, físico, psicológico e social. Porém, para que essas possam atingir esse patamar extremo de bem-estar são necessários alguns elementos decisórios, como serviços de saúde de qualidade e de acesso facilitado, do mesmo modo elas devem estar constantemente informadas sobre as questões relativas à saúde, além de permanecerem buscando meios que as tornem verdadeiras cidadãs.

E é justamente através do enfrentamento da falta dos direitos sociais, direitos de cidadania ou equidade de direitos que pode-se operacionalizar as políticas sociais de governo, entretanto, no Brasil o que se verifica na realidade é um total desacerto entre as necessidades básicas da população e as políticas sociais. Na realidade, o que se vê em muitos momentos, segundo Hobsbawm (1995) é que o Brasil “é um monumento da injustiça social”, ora avançando em grandes conquistas ora retrocedendo.

Com a evolução dos fundamentos referentes ao gênero, direciona-se uma reflexão para uma visão dessa prerrogativa dentro da produção das desigualdades, que decorre de processos sociais mais amplos e complexos, onde se designa posições dos sujeitos no que diz respeito ao seu corpo, à sua sexualidade, a raça, a classe social, religião, a educação, a saúde, a cultura etc., possibilitando dessa forma, se fomentar uma nova proposta de desconstrução de alguns paradigmas sobre gênero e saúde.

Assim sendo, analisando as questões referentes à equidade de gênero e a saúde da mulher observa-se as crescentes iniciativas por parte do Estado em promover uma atenção em saúde, principalmente à saúde direcionada as mulheres com mais qualidade e que atendam as necessidades essenciais para uma vida com dignidade e em exercício da cidadania.



5. Considerações Finais

Diante disso, o que se deseja por meio da busca pela equidade de gênero e saúde é reduzir as desigualdades entre os grupos, incluindo aquelas decorrentes das peculiaridades culturais, socioeconômicas, de gênero e de etnia.

As ações levantadas sobre saúde da mulher acabaram marcando de forma bastante decisiva as políticas públicas que passaram a ter uma visão mais atenta e sensível as mudanças sociais. De certo modo, o percurso da política de saúde da mulher traduz um grande desafio tanto para o Estado, quanto para os movimentos sociais, como para o Sistema Único de Saúde, que adapta-se e acolhe novas demandas da sociedade.

Nota-se que um fator preponderante para as mudanças no quadro da saúde pública no Brasil, diz respeito à participação da população civil, e, sobretudo, a participação das mulheres, corroborando com a força que têm, através de grupos organizados que objetivam a defesa das coletividades, articulando entre distintos movimentos com objetivos em comum.

Igualmente, ações em saúde ajudam a traduzir a resolução dos problemas identificados para essa demanda. Reduzir índices de mortalidade de mulheres, amenizar as mazelas no campo da saúde e acaba trazendo a tona uma necessidade de se equiparar os serviços ofertados a homens e a mulheres. Todo esse processo de mudanças pelo qual a saúde tem passado faz com que sejam alavancados níveis de satisfação das usuárias nos serviços de saúde, no reconhecimento delas enquanto detentoras e reivindicadoras de direitos sociais, no fortalecimento da capacidade da mulher frente à identificação de suas demandas, e na valorizando a vida.

Portanto, há uma necessidade cada vez mais urgente de se fazer uma reflexão sobre a implementação dessas políticas sociais no campo da saúde, e principalmente no que tange as questões de gênero voltadas para a saúde da mulher, pois é visível que o arranjo criado pelo Estado brasileiro precisa se qualificar cada vez mais para que os resultados dessas políticas neoliberais sejam realmente satisfatórios no enfrentamento das situações de vulnerabilidade social em que a população encontra-se, da mesma forma como, no enfrentamento das expressões da questão social provenientes do sistema neoliberal.

Referências

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, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Retirado do site: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm, acessado em 15 de maio de 2012.

DIREITOS HUMANOS - **Discriminação contra as mulheres: A Convenção e o Comitê**. Década das Nações Unidas para a Educação em matéria de Direitos Humanos, 1995/2004.

FERREIRA. L. A. M. **Os direitos sociais e sua regulamentação: coletânea de leis**. São Paulo: Cortez, 2011, p. 219.



- GALVÃO, E. F. (UEL). **Gênero e Saúde: representações e práticas na luta pela saúde da mulher.** Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 2008.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** – 6. Ed. – São Paulo: Atlas, 2008.
- GUIMARÃES-IOSIF, R. **Educação, pobreza e desigualdade no Brasil: Impedimentos para a cidadania global emancipada.** Brasília: Liber Livro, 2009.
- IAMAMOTO, M. V. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo.** Texto base da conferência magistral do XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. San José, Costa Rica, 12 de julio de 2004, originalmente publicado nos Anais do referido Seminário: MOLINA, M. L. M. (Org.) *La cuestión social y la formación profesional en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana.* San José, Costa Rica: ALAETS/Espacio Ed./Escuela de Trabajo Social, 2004.
- MENDES, M. A. **Gênero e poder no âmbito da chefia feminina: uma proposta teórica de análise.** VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências - v. 1, n. 1 - janeiro a junho de 2008.
- MORAES, E. L.; GASSEN, G. V. **A transversalização das questões de gênero e raça nas ações de qualificação social e profissional mercado de trabalho.** IPEA, 2004.
- NOGUEIRA, J. K.; FELIPE, D. A.; TERUYA, T. K. (UEM). Educação escolar, formação de professores, diversidade cultural. **Conceitos de gênero, etnia e raça: reflexões sobre a diversidade cultural na educação escolar.** Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis: 2008.
- PENA, M. V. J.; CORREIA, M. C.; BRONKHORST, B.V. **A questão de gênero no Brasil. Em busca da equidade de gênero.** Rio de Janeiro: Gráfica O Lutador, 2005.
- Retirado do site:** http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?view=article&id=9%3Apaism-programa-de-assistencia-integral-a-saude-da-mulher&format=pdf&option=com_content&Itemid=9. Acesso em 25-01-12.
- RICHARDSON, R. J.; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al). **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1997.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS/ Centro de Educação a Distância – CESAD/ Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade – NUPATI. **Políticas Públicas e Gênero.** Curso de Formação em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça/GPP-GeR. Módulos 1 e 2. São Cristóvão, 2011.
- VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil.** UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 3ª Edição, Brasília-DF: 2009.