Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Gênero e Saúde:
Uma análise dos trabalhos publicados nos
Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências
Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO
(1995-2011)

Sabrina Daniela Lopes Viana

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aurea Maria
Zöllner Ianni

São Paulo

2013

Gênero e Saúde:
Uma análise dos trabalhos publicados nos
Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências
Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO
(1995-2011)

Sabrina Daniela Lopes Viana

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aurea Maria
Zöllner Ianni

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação da autora, título, instituição e ano da dissertação.

Minhas raízes estão numa cidadezinha pernambucana chamada Exu e no Capão Redondo, periferia de São Paulo, onde nasci e cresci. Sou a primeira pessoa da minha família a entrar em uma universidade pública e a fazer mestrado. Sei que essa vitória não é só minha, por isso, a dedico às pessoas que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai Esmeraldo (*in memoriam*), à minha mãe Maria e a tod@s que sonharam e torceram por mim.

AGRADECIMENTOS

São várias as pessoas que fizeram parte desse processo e que eu gostaria de expressar a minha gratidão.

Primeiramente, à minha orientadora, Aurea Maria Zöllner Ianni, profissional dedicada, que leva a sério o que faz e pela qual tenho uma profunda admiração e carinho. Esses dois anos foram de muito aprendizado e acho que o saldo dessa parceria foi muito positivo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos.

Às Profas. da banca examinadora, Elizabete Franco da Cruz e Marcia Thereza Couto Falcão, pelas contribuições valiosas no exame de qualificação e na pré-banca, feitas de forma tão atenciosa e carinhosa.

Às funcionárias e aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública: não ousou citar nomes, pois corro o risco de esquecer-me de alguém, mas saibam que vocês são maravilhas@s.

Às duas mulheres guerreiras que me inspiram, me aguentam e que as amo:

Minha mãe, Maria Alves, heroína que me aguenta com todas as qualidades e todos os defeitos. Se a senhora se surpreende comigo, saiba que me surpreendo mais ainda contigo, que passa por cima de muitas coisas por amor a essa sua filha cheia de novidades. Obrigada pelos mimos, pelos meus mil cafezinhos diários e por deixar que, nesses últimos meses, eu transformasse sua sala impecável em um verdadeiro “campo de batalha” com muitos papéis espalhados.

Minha irmã, Andréia Viana, que se dedicou a ler e reler minha dissertação no seu tempo livre e assumiu algumas das minhas responsabilidades no meio de tanta correria.

Ao meu pai Esmeraldo Viana (*in memoriam*), que sempre investiu na educação d@s três filh@s e sonhava que pelo menos um(a) fosse doutor(a):
- Doutor Viana, sei que de onde estiver, está torcendo por mim, a trajetória é longa, meu velho.

Agradeço também a duas pessoas muito especiais que conheci na FSP: Ayodele Floriano e Roberto Rubem Brandão, amig@s guerreir@s, que eu tanto admiro. Obrigada pela amizade, pelo apoio e por me fazerem lembrar a importância de irmos além do que é esperado e ocuparmos espaços socialmente negados a nós e aos nossos. Como eu sempre digo, Deus deve ter falado para esse trio: “Vão ser aquarian@s nessa vida”.

À minha Yá, Sylvia Egydio, mulher forte e inteligente, sempre com seu sorriso doce dizendo que tudo ia dar certo (e parece que deu). Como se diz: “Há sempre um bondoso Oxalá que faz renascer as esperanças”.

À “minha STATística” Aline Kurihayashi e ao meu primo Everton Nunes, pelas diversas ajudas emergenciais; ao meu irmão Francisco Everaldo, pela assistência técnica nos fins de semana e ao meu colega Matheus Matos, pelo *help* no *abstract*.

E por fim, a tod@s amig@s e familiares que torceram por mim, me apoiaram e entenderam as minhas ausências...

RESUMO

VIANA, S.D.L. **Gênero e Saúde: uma análise dos trabalhos publicados nos Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO (1995-2011)**. 2013. 174p. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

As Ciências Sociais e Humanas tiveram um papel relevante na constituição do campo da Saúde Coletiva e da ABRASCO. E desde então, têm trazido abordagens conceituais e metodológicas para a compreensão e a interpretação dos aspectos socioculturais ligados ao processo saúde-doença, dentre esses, destacam-se as relações de gênero. A presente pesquisa analisou os trabalhos com enfoque nas relações de gênero nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, promovidos pela ABRASCO, no período de 1995 a 2011, apresentados sob a forma de resumos em Anais. Os trabalhos foram selecionados a partir de alguns critérios estabelecidos e analisados segundo: o tipo de estudo, a abordagem metodológica, a autoria, a população estudada e os temas abordados. Na segunda fase, os assuntos abordados nesses trabalhos foram sistematizados em oito áreas temáticas. Os resultados mostraram um aumento expressivo da produção com enfoque nas relações de gênero ao longo dos cinco Congressos, totalizando 489 resumos, sendo 90,6% resumos de pesquisas que utilizavam a metodologia qualitativa nas suas análises (68,4%). Quanto à autoria: houve o predomínio de grupos exclusivamente femininos (64,3%), oriundos da região Sudeste (52,9%) e filiados às universidades públicas (70,8%). Em relação à população estudada: 51,7% eram mulheres, em idade produtiva e/ou reprodutiva e 41,9% eram usuárias/os e/ou profissionais dos serviços de saúde. Os recortes por estratos sociais, raça/etnia e/ou orientação sexual foram pouco utilizados. Os temas mais abordados foram: reprodução e/ou sexualidade (30,3%), violência (25,8%) e masculinidades e saúde dos homens (16%). Considerando o período analisado, a pesquisa revelou parte da história de um campo de estudos marcado pela conquista de espaço institucional, pela interlocução com os serviços e as políticas de saúde e pelo amadurecimento e pela diversificação das temáticas abordadas.

Palavras Chaves: Gênero; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Congressos; Saúde Coletiva; ABRASCO.

ABSTRACT

VIANA, S.D.L. **Gênero e Saúde: uma análise dos trabalhos publicados nos Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO (1995-2011)**/ Gender and Health: a review of papers published in the Annals of the Brazilian Congresses on Social Sciences and Humanities in Health of ABRASCO (1995-2011). 2013. 174p. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo (BR).

Social and Humanities Sciences played an important role in the formation of the field of Collective Health and ABRASCO. And since then they have brought conceptual and methodological approaches to the understanding and interpretation of the sociocultural aspects related to the health-illness process, among these, it is highlighted gender relations. This study analyzed the papers based on a gender relations perspective in the Brazilian Congress of Social Sciences and Humanities in Collective Health, sponsored by ABRASCO, from 1995 to 2011, presented in the form of abstracts in the annals of the Congresses. The works were selected from some established criteria and analyzed according to: the type of study, the methodological approach, the authors, the study population and the themes covered. In the second phase, the matters discussed in this work were organized into eight thematic areas. The results presented a significant increase in production related with gender relations perspective throughout the five Congresses, totaling 489 abstracts, of which 90.6% summaries researches that used qualitative methodology in their analysis (68.4%). Considering authorship: there was a predominance of groups exclusively female authors (64.3%), from the Southeast (52.9%) and affiliated to public universities (70.8%). Regarding the study population, 51.7% were women of productive and/ or reproductive age, and 41.9% were users of occupational health services. The clipping by social strata, race /ethnicity and sexual orientation was not widely used. The themes discussed were: reproduction and/ or sexuality (30.3%), violence (25.8%), and masculinities and men's health (16%). Considering the analyzed period, the survey revealed part of the history of a field of study marked by the achievement of institutional space by the dialogue with health services policies, its maturity and diversification of the subjects addressed.

Key Words: Gender; Social Sciences and Humanities in Health; Congress; Collective Health; ABRASCO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 - INTRODUÇÃO.....	25
1.1 - A INCORPORAÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS À SAÚDE	25
1.2 - AS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE NA ABRASCO.....	29
2 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS ESTUDOS DE GÊNERO	35
2.1 - O CENÁRIO POLÍTICO	35
2.2 - OS ESTUDOS DE GÊNERO: TEMAS, OBJETOS E CATEGORIAS.....	50
2.3 - O GT GÊNERO E SAÚDE DA ABRASCO E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AS RELAÇÕES DE GÊNERO NA SAÚDE COLETIVA	59
3 - OBJETIVO	64
4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	65
4.1 - SELEÇÃO DOS RESUMOS	67
4.2 - ANÁLISE DOS DADOS.....	70
4.2.1 - <i>O conjunto de variáveis.....</i>	<i>70</i>
4.2.2 - <i>Análise segundo as áreas temáticas</i>	<i>72</i>
4.3 - ASPECTOS ÉTICOS	72

5 - A PRODUÇÃO COM ENFOQUE NAS RELAÇÕES DE GÊNERO NOS CONGRESSOS BRASILEIROS DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE DA ABRASCO	73
5.1 - INFORMAÇÕES SOBRE OS RESUMOS SELECIONADOS	77
5.2 - O PERFIL DA AUTORIA E DAS INSTITUIÇÕES DE ORIGEM DOS RESUMOS	83
5.3 - O PERFIL DAS POPULAÇÕES ESTUDADAS.....	102
6 - OS TEMAS ABORDADOS NA PRODUÇÃO COM ENFOQUE NAS RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE	109
6.1 - OS ASSUNTOS DISCUTIDOS E A ABORDAGEM DE GÊNERO	115
6.1.1 - <i>Reprodução e/ou Sexualidade</i>	119
6.1.2 - <i>Saúde e Doença</i>	123
6.1.3 - <i>Violência</i>	124
6.1.4 - <i>Trabalho, Profissões e Formação Profissional</i>	127
6.1.5 - <i>Masculinidades e Saúde dos Homens</i>	130
6.1.6 - <i>Direito à Saúde</i>	133
6.1.7 - <i>Corpo e Identidades</i>	134
6.1.8 - <i>Outras temáticas</i>	135
6.1.9 - <i>A abordagem de gênero e a tendência das áreas temáticas nos cinco Congressos</i>	136
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
--	------------

9 - ANEXOS.....	162
------------------------	------------

ANEXO 1 - OS EIXOS TEMÁTICOS DOS CINCO CONGRESSOS BRASILEIROS DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE.....	163
---	-----

ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	172
---	-----

ANEXO 3 - CURRÍCULOS LATTES	173
-----------------------------------	-----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o total de trabalhos analisados, 1995-2011. 75

Gráfico 2 - Número de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a fonte de financiamento, 1995 - 2011..... 82

Gráfico 3 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado do Rio de Janeiro, 1995 - 2011. 94

Gráfico 4 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado de São Paulo, 1995 - 2011. 95

Gráfico 5 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado da Bahia, 1995 – 2011. 96

Gráfico 6 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado de Pernambuco, 1995 - 2011..... 97

Gráfico 7 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado de Rio Grande do Sul, 1995 - 2011. 98

Gráfico 8 - Número de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo populações específicas, 1995 - 2011.....108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, 1995 – 2011. 31

Quadro 2 - Os Eixos Temáticos de Gênero nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, 1995 - 2011. 68

Quadro 3 - Os assuntos discutidos nos trabalhos com enfoque nas relações de gênero nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, segundo as áreas temáticas, 1995 - 2011.117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e proporção de trabalhos científicos totais e os com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, 1995-2011..... 74

Tabela 2 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o pertencimento ao eixo de gênero, 1995-2011. 77

Tabela 3 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o tipo de estudo, 1995 - 2011..... 80

Tabela 4 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a abordagem metodológica, 1995 - 2011. 81

Tabela 5 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o número de autoras e autores, 1995 – 2011. 84

Tabela 6 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o sexo da autoria, 1995 - 2011. 85

Tabela 7 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a primeira autoria dos trabalhos com autoria mista, 1995 - 2011.. 85

Tabela 8 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o sexo da primeira autoria, 1995 - 2011. 86

Tabela 9 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a região da primeira instituição de origem das autorias, 1995 - 2011..... 88

Tabela 10 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a região da segunda instituição de origem das autorias, 1995 - 2011..... 89

Tabela 11 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a região da terceira instituição de origem das autorias, 1995 - 2011. 89

Tabela 12 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo os estados de cada região, 1995 - 2011..... 91

Tabela 13 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em

Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo os estados brasileiros, 1995 - 2011..... 92

Tabela 14 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a primeira instituição de origem das autorias, 1995 - 2011. 99

Tabela 15 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a segunda e terceira instituições das autorias, 1995 - 2011.....100

Tabela 16 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o tipo de instituição, 1995 - 2011.102

Tabela 17 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo sexo/gênero do público estudado, 1995 - 2011.....103

Tabela 18 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a faixa geracional da população estudada, 1995 - 2011.....104

Tabela 19 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo profissionais e usuárias/os de serviços de saúde, 1995 - 2011...105

Tabela 20 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em

Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o recorte por estratos sociais, 1995 - 2011.....106

Tabela 21 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o recorte étnico-racial, 1995 – 2011.107

Tabela 22 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática, 1995 – 2011.....111

Tabela 23 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática e o sexo da autoria, 1995 – 2011.....112

Tabela 24a - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática e a região da primeira instituição de origem das autorias, 1995 – 2011.113

Tabela 24b - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática pela região da primeira instituição de origem das autorias, 1995 – 2011. 114

Tabela 25 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática e a geração da população estudada , 1995 – 2011.115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS: Agentes Comunitárias/os de Saúde

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPIA: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e Científico

COC: Casa de Oswaldo Cruz

CPqAM: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CSHS: Ciências Sociais e Humanas em Saúde

CVS/SMS: Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

EE: Escola de Enfermagem

EN: Escola de Nutrição

ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESS: Escola de Serviço Social,

FAGES: Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade

FASM: Faculdade Santa Marcelina

FAVC: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho

FESP: Fundação Escola de Sociologia e Política

FFCLRP: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

FGV: Fundação Getúlio Vargas

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

FIS: Faculdade de Integração do Sertão

FM: Faculdade de Medicina

FMP: Faculdade de Medicina de Petrópolis

FPM: Faculdades Patos de Minas

FSP: Faculdade de Saúde Pública

FSS: Faculdade de Serviço Social

Grupo pela Vida: Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do doente de Aids

GT: Grupo de Trabalho

IBISS: Instituto Brasileiro de Inovações em Saúde Social

ICT: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

IESC: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

IFCS: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais

IFF: Instituto Fernandes Figueira

IMS: Instituto de Medicina Social

IMS-CAT: Instituto Multidisciplinar em Saúde

INCA: Instituto Nacional de Câncer

INSERM: *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*

INU: Instituto de Nutrição,

IOC: Instituto Oswaldo Cruz

IP: Instituto de Psicologia

IPAS BR: Ações Afirmativas em Direitos e Saúde

IS/SES: Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde

ISC: Instituto de Saúde Coletiva

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MDA: Ministério do Desenvolvimento Agrário

MS: Ministério da Saúde

MTb: Ministério do Trabalho

NEIM: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher

NEPAIDS: Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS

NEPS: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Criminalidade, Violência e Política Pública de Segurança

ONG: Organização Não Governamental

ONU: Organização das Nações Unidas

OSCIP: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPC: Policlínica Piquet Carneiro

PROSARE/CCR/CEBRAP: Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva da Comissão de Cidadania e Reprodução e do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

PSF: Programa Saúde da Família

PUC: Pontifícia Universidade Católica

SPM: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UCS: Universidade Caxias do Sul

UEFS: Universidade Estadual de Feira de Santana

UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA: Universidade Federal da Bahia

UFF: Universidade Federal Fluminense

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

UFRB: Universidade Federal do Recôncavo Baiano

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSCAR: Universidade Federal de São Carlos

UFSM: Universidade Federal de Santa Maria

ULBRA: Universidade Luterana do Brasil

UNEB: Universidade do Estado da Bahia

UNESA: Universidade Estácio de Sá

UNESP: Universidade Estadual Paulista

UNIBAN: Universidade Bandeirante de São Paulo

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UNICASTELO: Universidade Camilo Castelo Branco

UNICID: Universidade Cidade de São Paulo

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

UNIFRAN: Universidade de Franca

UNIRIO: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNISANTOS: Universidade Católica de Santos

UNISC: Universidade de Santa Cruz do Sul

UNISINOS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos

UNISUAM: Centro Universitário Augusto Motta

UNITAU: Universidade de Taubaté

UNIVASF: Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco

UNIVERSO: Universidade Salgado de Oliveira

USP: Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

O meu primeiro contato com as discussões sobre as relações de gênero ocorreu quando eu estava na graduação em Nutrição. Fiz parte da diretoria do Centro Acadêmico Emílio Ribas (CAER) e essa foi uma experiência de muito aprendizado, pois foi no movimento estudantil que muitas das minhas inquietações tiveram sentido e aprendi a ter uma postura mais crítica em relação a várias coisas e a questionar certas situações. Das reuniões e atividades de formação política do CAER sobre machismo, aborto, violência contra mulheres, entre outros temas até a minha decisão de estudar as relações de gênero passaram-se alguns anos.

No penúltimo e último ano da graduação, participei como representante discente da discussão de um novo projeto político pedagógico do curso de Nutrição. E, em uma das reuniões, ao ler o depoimento de uma estudante sobre as relações no ambiente de estágio, percebi que naquela entrevista, o problema relatado não se referia sobre o conteúdo aprendido ou não no curso (esse era o objetivo da pesquisa apresentada), mas como a nutrição e outras profissões ditas “femininas” ocupavam um lugar subalterno na hierarquia de um hospital e em outros locais de trabalho. É sabido que a Nutrição surgiu como uma profissão feminina e subordinada à Medicina. Talvez seja por essa razão, que ainda na “cultura institucional”, as/os nutricionistas necessitem de aval e permissão de outros profissionais para a execução de suas tarefas, sendo subvalorizadas/os em questão de saberes.

Compartilhei aquela impressão com as docentes ali presentes e lembro-me da resposta enfática que recebi de uma delas: “Nós já superamos essas questões de gênero há tempo”. Não concordava com aquela afirmação, mas também não consegui discutir sobre o assunto naquele

momento e espaço. Essa situação me incomodou tanto, que no semestre seguinte, resolvi assistir a algumas aulas de uma disciplina sobre gênero.

Nesse mesmo ano (2010), fui monitora de uma disciplina sobre História da Farmácia, na qual conheci a Profa. Aurea Ianni, que posteriormente, se tornaria a minha orientadora no mestrado. Durante esse período, tivemos boas e fecundas conversas sobre a universidade, as profissões, entre outros assuntos. No final do ano, ela me convidou para participar de uma pesquisa sobre alguns temas emergentes nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, do qual ela era coordenadora. E esse foi o meu primeiro contato com a área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Considerando o meu interesse pelas questões de gênero e a participação nesse projeto de pesquisa, surgiu a ideia de estudar a produção científica com enfoque nas relações de gênero nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, cujos resultados eu apresento nesta dissertação.

Ressalto o quão desafiante e enriquecedor foi esse processo, pois vinda de uma formação que considero bastante técnica, me deparei com um “outro mundo” constituído por muitas discussões, divergências e densidade teórica, ao qual não estava familiarizada.

As Ciências Sociais e Humanas em Saúde tiveram um papel relevante na constituição do campo da Saúde Coletiva e da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Por isso, na introdução do presente trabalho traço um breve histórico da incorporação das Ciências Sociais à Saúde, da sua conformação enquanto uma área de conhecimento da Saúde Coletiva, da organização da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde dentro da ABRASCO e dos seus Congressos e o perfil de sua produção científica.

Os chamados estudos de gênero/relações de gênero¹ tiveram origem na década de 1960, vinculados ao movimento feminista e se desenvolveram principalmente dentro do campo das Ciências Sociais e Humanas. Durante certo tempo, esses estudos ficaram nos limites do seu nascedouro e somente no final da década de 1980 e início de 1990, é que ganharam espaço no campo da Saúde.

No capítulo intitulado “A institucionalização dos estudos de gênero” relato o cenário político que favoreceu tal processo e as fases de constituição desses estudos dentro das universidades, considerando os temas estudados, as categorias utilizadas e algumas das principais referências teóricas. Ainda neste capítulo, abordo a produção científica com enfoque nas relações de gênero no campo da Saúde, especificamente na Saúde Coletiva, e a constituição do GT Gênero e Saúde da ABRASCO.

O objetivo do trabalho e os procedimentos metodológicos utilizados na seleção e na análise dos trabalhos, que compõem o universo de estudo da presente pesquisa, estão descritos, respectivamente, nos tópicos 3 e 4.

A pesquisa é composta por duas etapas: a descrição das características da produção científica com enfoque nas relações de gênero e a análise do conteúdo desses trabalhos.

No capítulo “A produção com enfoque nas relações de gênero nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO” apresento os resultados da primeira etapa da pesquisa, a partir dos dados quantitativos agrupados em três segmentos: as informações sobre os resumos, o perfil das autorias e suas instituições de origem e as populações estudadas.

¹ Sobre os trabalhos denominados estudos de gênero/de relações de gênero, procurou-se respeitar a nomenclatura utilizada pelas/os autoras/es citados no trabalho. Em relação aos trabalhos selecionados e analisados na presente pesquisa, adotou-se a nomenclatura produção ou trabalhos com enfoque nas relações de gênero.

Os resultados da segunda parte do estudo encontram-se no capítulo intitulado “Os temas abordados na produção com enfoque nas relações de gênero e saúde”. Nessa segunda parte, a partir da análise do conteúdo dos resumos selecionados, foi possível agrupá-los em oito áreas temáticas: Reprodução e Sexualidade; Saúde e Doença; Violência; Trabalho, Profissões e Formação Profissional; Masculinidades e Saúde dos Homens; Direito à Saúde; Corpo e Identidades e Outras temáticas.

E por fim, no tópico 7 “Considerações Finais”, trago algumas reflexões sobre os achados da pesquisa.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - A incorporação das Ciências Sociais à Saúde

As Ciências Sociais aplicadas à Saúde desenvolveram-se principalmente após a Segunda Guerra Mundial, durante a reconstrução econômica, política e social dos países envolvidos na guerra (NUNES, 2006a). Como NUNES (1999, p.154) avalia: “em realidade, a emergência de um pensamento social estabelece-se estritamente relacionado com a problemática socioeconômica, político-ideológica e das tradições cultural-intelectuais de época e contexto”. Na época, havia o interesse na construção de um campo aplicado que produzisse conhecimento social sobre os processos de saúde-doença e que pudesse ser incorporado à prática médica, às campanhas de saúde pública e à formulação de políticas de saúde. As instituições médicas, o hospital, a relação médico e paciente, os modos de adoecimento das pessoas e coletividades, dentre outras questões começaram a ser tematizados pelas escolas de pensamento, dentre elas, a funcionalista americana (LUZ, 2011).

A incorporação das Ciências Sociais à Saúde ocorreu de forma distinta em diferentes países e épocas. Nos Estados Unidos, os primeiros sinais dessa articulação apareceram nos anos de 1920, mas foi somente a partir de 1950 (pós-guerra) que elas se consolidaram. Na América Latina, as investigações e o ensino das Ciências Sociais aplicadas à Saúde se firmaram na década de 1970, porém os antecedentes desse processo se manifestaram nas primeiras décadas do século XX (NUNES, 1999 e 2005).

Na América Latina, as Ciências Sociais projetaram-se entre as décadas de 1930 e 1950. No Brasil, como campo acadêmico, desenvolveram-se com a criação da Escola de Sociologia e Política (1933) e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (1934). Essas instituições foram importantes para o desenvolvimento do pensamento social brasileiro, porém a questão da saúde não foi um tema claramente assumido durante certo período por essas faculdades (NUNES, 2006a).

O campo das Ciências Sociais em Saúde se firmaria mais tarde, embora como já dito, houvesse antecedentes importantes, como as primeiras investigações sobre os fatores socioculturais em saúde do final da década de 1930 e década de 1940. Podemos citar os trabalhos de dois antropólogos: Charles Wagley, que realizou estudos na região amazônica para a instalação do Serviço Especial de Saúde Pública e Kalervo Oberg que estudou comunidades em alguns estados brasileiros, com o objetivo de subsidiar o planejamento sanitário (NUNES, 2005). Outros antecedentes foram os convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos, por meio das fundações norte-americanas, e dos diversos países latino-americanos, assinados em 1942. Segundo NUNES (2005), esse interesse pelo tema saúde pode ser justificado dos pontos de vista militar, político, produtivo e moral:

Do ponto de vista militar, havia interesse em melhorar as condições de saúde, sobretudo em relação às exigências das Forças Armadas e das Forças Aliadas. Do ponto de vista político, era preciso cumprir as obrigações do governo americano em relação ao governo latino-americano e brasileiro assumidas em uma conferência no Rio, em 42. Do ponto de vista da produção, era necessário obter um aumento da produção de materiais essenciais em zonas onde existissem más condições de saúde. Do ponto de vista moral, era interessante demonstrar com fatos, e não somente com palavras, os benefícios tangíveis da democracia em marcha e conseguir apoio da população civil (NUNES, 2005, p.24).

A tentativa de incorporação das Ciências Sociais à Saúde de forma sistemática ocorreu no final dos anos de 1950 e no início da década de 1960 no Brasil, com a introdução das disciplinas chamadas Ciências de Conduta

ou Ciências Sociais aplicadas, com enfoque comportamental e culturalista sob a marca da influência norte-americana, principalmente nos departamentos de Medicina Preventiva e Social. A introdução dessas disciplinas era decorrente do projeto preventivista, que desde a segunda metade da década de 1950, discutia a reforma do ensino médico: tradicionalmente biologicista e calcado em práticas individuais centradas no hospital. Esse projeto buscava a constituição de uma medicina comunitária, voltada para o indivíduo como um ser biopsicossocial e que envolvesse o profissional na solução dos problemas da comunidade (CANESQUI, 1995; NUNES, 1999 e 2005).

Nos anos de 1970, a insatisfação com os modelos de ensino e com o modelo teórico utilizado (funcionalismo), bem como a crise presente nos países latinos impuseram uma revisão da área. O cenário da América Latina se caracterizava pela tendência recessiva da economia em vários países, pelo aumento da dívida externa e do desemprego, pela piora dos indicadores socioeconômicos e de saúde e pela forte repressão política, fatores que contribuíram para a busca de um novo paradigma na Saúde (NUNES, 1994 e 2005).

No âmbito acadêmico, outros marcos teóricos começaram a ser utilizados, com destaque para o materialismo histórico, que segundo NUNES (2005), foi uma marca distintiva e inovadora das Ciências Sociais em Saúde na América Latina. No Brasil, foram criados os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* em Medicina Preventiva e em Medicina Social, pois até então, os cursos com especialização em Ciências Sociais no campo da Saúde só existiam nos Estados Unidos e em alguns países europeus.

A preocupação com a formação dos profissionais da área da saúde e o contexto político serviram “de ‘palco’ para as reflexões, efervescência e a instauração do movimento social na área da saúde” (NASCIMENTO, 2011, p.42). E foi em um cenário de luta pela democracia, de fortalecimento de

movimentos sociais e sindicais que a Saúde Coletiva emergiu como uma proposta de união entre o saber e a prática e como um projeto político.

NUNES (1994) aponta que a ideia de uma área chamada de Saúde Coletiva foi tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia, e na Reunião sub-regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/ Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto, São Paulo. Ambos os eventos tiveram como objetivo a redefinição da formação de pessoal do campo da saúde e diagnosticaram a necessidade de uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação da área. Isso se concretizou em dezembro de 1979, quando foi criada a ABRASCO² (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva).

Nota-se que as mudanças na área da saúde, no contexto brasileiro, estiveram fortemente relacionadas ao contexto educacional, em especial, à estruturação do ensino superior médico e à pós-graduação. E é nesse sentido que a ABRASCO, ao congregar profissionais engajados no movimento de reforma sanitária (que culminou com a criação do SUS e com o reconhecimento da saúde como um direito universal garantido na Constituição de 1988), assumiu um perfil peculiar no âmbito da saúde, compatibilizando ação política e conhecimento científico (LOYOLA, 2008; NASCIMENTO, 2011).

Foi, portanto, no percurso de construção desse cenário institucional voltado para a formação e especialização profissional na saúde que se criou a Abrasco, instituição que congregaria os profissionais envolvidos e partícipes desse processo (SUS), uma associação de instituições docentes, de profissionais de ensino e pesquisa. Tal perfil explica a inclusão do termo pós-graduação em sua sigla (FONSECA, 2006, p.36).

² A ABRASCO foi criada com o nome de Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Em 2011, o nome passa a ser Associação Brasileira de Saúde Coletiva, incluindo os cursos de graduação e mantendo sigla.

Sendo assim, como NASCIMENTO (2011) ressalta, a importância das Ciências Sociais para a Saúde esteve e está na “sua aspiração em contribuir para a análise de uma realidade coletiva dos fenômenos sociais” (p.56). As Ciências Sociais trouxeram uma nova forma de olhar a realidade, questionando a visão biologizante acerca do processo saúde-doença.

1.2 - As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO

Na década de 1980, a ABRASCO participou do processo de redemocratização do país, da formulação das políticas de Saúde e da formação do Sistema Único de Saúde. Simultaneamente, as áreas específicas da associação se fortaleceram e se organizaram em comissões próprias (Epidemiologia, Ciências Sociais e Planejamento) juntamente aos grupos de trabalho, demarcando suas identidades (CANESQUI, 2008; REZENDE et. al., 2009).

As atribuições das comissões e grupos de trabalhos dentro da ABRASCO, inicialmente, eram: estabelecer políticas de ensino e pesquisa nas suas respectivas áreas e desenvolver programação editorial. A partir de 1986, foram acrescentadas as atribuições de: divulgar a análise das políticas públicas e dos problemas das áreas; colaborar na organização dos eventos; desenvolver atividades de cooperação técnica e identificar recursos humanos, materiais e financeiros para viabilizar as iniciativas propostas, definidas ao longo de seus trabalhos. Por isso, se concedeu maior autonomia decisória e financeira às comissões (BELISÁRIO, 2002).

A Comissão de Ciências Sociais em Saúde (CCSS) foi oficializada em 1986 sob a responsabilidade de Everardo Duarte Nunes e Amélia Cohn. Antes da criação da comissão, REZENDE et. al. (2009) relatam que algumas iniciativas haviam sido feitas com vista a aprofundar questões concernentes às Ciências Sociais na Saúde. Em 1982, a ABRASCO e o Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa (DMS/FCMSCSP) promoveram a I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva, que tinha como objetivo a melhoria da formação de profissionais e especialistas, além de promover a ampliação de bolsas de pesquisa e sistematizar o ensino de Ciências Sociais na Saúde. Em 1983, realizou-se um curso de atualização dos docentes e pesquisadores da área, a fim de articular os diferentes centros de pós-graduação em Saúde Coletiva no país e o conjunto dos docentes dos programas de ensino, bem como estimular a investigação na área de Ciências Sociais em Saúde.

CANESQUI (2010) relata que a visibilidade das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) ocorreu na década de 1990, a partir da organização dos cientistas sociais em torno da Comissão de CSHS da ABRASCO, com a finalidade de debater os problemas da área e promover eventos científicos.

Apesar das dificuldades financeiras, em 1993, ocorreu o I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, na cidade de Belo Horizonte, promovido pela ABRASCO e UFMG. Este encontro propôs:

(...) congregar os cientistas sociais em um fórum próprio, reconhecendo a ausência de reunião como uma lacuna que impedia a discussão e o equacionamento dos problemas, a identidade profissional, o aperfeiçoamento dos métodos de pesquisa e ensino e o estabelecimento de interface com outros grupos da Saúde Coletiva, assim como o debate sobre a crise da saúde no país (CANESQUI, 2008, p. 224).

A partir de 1995, a Comissão de Ciências Sociais e a ABRASCO organizaram os cinco Congressos da área realizados até o momento, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, 1995 – 2011.

Congresso	Ano	Local	Tema
I	1995	Curitiba	“Cidade e Saúde”
II	1999	São Paulo	“Ciências Sociais e Saúde: Tendências, Objetos e Abordagens”
III	2005	Florianópolis	“Ciência e Saúde Coletiva: Desafios da Fragilidade da Vida na Sociedade Contemporânea”
IV	2007	Salvador	“Equidade, Ética e Direito à Saúde: Desafios à Saúde Coletiva na Mundialização”
V	2011	São Paulo	“O lugar das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva”

Fonte: IANNI et.al., 2012

TRAD (2012) explica que os temas centrais dos Congressos realizados refletiram, em seu momento, conjunturas histórico-sociais do país, bem como a situação da área de Ciências Sociais no cenário da Saúde Coletiva brasileira, a exemplo dos temas do II e V Congressos [*Ciências Sociais e Saúde: Tendências, Objetos e Abordagens* (1999) e *O Lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva* (2011)]. A autora também destaca que o aperfeiçoamento dos congressos da área, juntamente à consolidação do ensino e da pesquisa no interior dos programas acadêmicos de Saúde

Coletiva, são indicadores da institucionalização da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

CANESQUI (2008) também acredita que a magnitude dos eventos da área atestam a importância e reconhecimento das Ciências Sociais e Humanas no âmbito da Saúde Coletiva. Esses eventos, para a autora, fornecem visibilidade à crescente produção acadêmica da CSHS; constituem espaços de discussão de uma agenda própria capaz de diagnosticar, debater e formular soluções para os problemas específicos desta área no ensino, pesquisa e serviços; aglutinam seus profissionais e instituições; e tornam possível a interlocução da CSHS com outras áreas da Saúde Coletiva e entre as próprias Ciências Sociais e Humanas.

Cabe também ressaltar dois fatos importantes na consolidação da área: a elaboração do Plano Diretor e a mudança de nome da Comissão. Em 1997, foi concluído o I Plano Diretor das Ciências Sociais em Saúde, fruto de discussões ocorridas em três oficinas específicas, realizadas no Rio de Janeiro (1995), Campinas (1996) e em Águas de Lindóia, (1997). Em 2003, em uma oficina convocada para atualizar o Plano Diretor e estabelecer as bases do Simpósio Nacional de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, reconheceu-se a diversidade de identidades e formações dos profissionais atuantes na área, o difuso crescimento e a necessidade de qualificar a sua produção científica. Propôs-se também a articulação da comissão com outros grupos temáticos da ABRASCO (CANESQUI, 2008).

Em relação à modificação do nome da Comissão de Ciências Sociais para Ciências Sociais e Humanas em Saúde no início da década de 2000, CANESQUI (2008) relata que as discussões sobre o assunto surgiram nas reuniões da comissão com a diretoria da ABRASCO, reconhecendo-se que “não se tratava apenas de abordar, na Saúde Coletiva, o social, o econômico e o político, mas outras dimensões, como a ética, emocional, filosófica, histórica e antropológica” (p.229).

Outra característica que indica a expansão da área é a diversidade temática. NUNES (2006a), ao analisar a produção científica da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, verificou que há uma grande variedade temática na área e que, nos últimos anos, têm sido acrescentados novos temas aos originalmente trabalhados, tais como: as racionalidades médicas, as relações de gênero, os estudos no campo das políticas de saúde e suas especificidades, estudos histórico-sociais sobre as doenças e a perspectiva sociológica nos estudos de avaliação em saúde. Ao considerar os pesquisadores envolvidos segundo as áreas temáticas, o autor chegou à seguinte distribuição: 33,9% deles trabalhavam com racionalidades e práticas em medicina e saúde; 46,1% com estudos sociais da ciência e da técnica; 29,2% com gênero e saúde; 38,4% com políticas públicas e saúde; 26,1% com avaliação de políticas e programas em promoção da saúde e desenvolvimento social; 30,7%, subjetividade e cultura; 12,3% investigavam comunicação e redes de informação em saúde; 13,8%, violência e saúde; 27,6%, construção social da saúde e da doença e 35,3% outras áreas.

CANESQUI (2010) também analisou a produção intelectual das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, focando o período de 1997 a 2007, e verificou que um houve crescimento da produção segundo os seguintes temas pesquisados: política e instituições de saúde (32,5%); saúde e doença (18,5%); gênero e saúde (16,5%); violência e saúde (9,0%); velhice e envelhecimento (4,0%); recursos humanos, profissões e formação (7,5%); produção social das ciências e das técnicas (7,0%) e educação e comunicação em saúde (4,0%).

Esse breve histórico demonstra que as Ciências Sociais e Humanas trouxeram e trazem para o campo da Saúde Coletiva, aportes teórico-metodológicos para compreensão e a interpretação dos aspectos socioculturais ligados ao processo saúde-doença. Dentre esses aspectos, pode-se destacar as relações de gênero. No entanto, durante certo tempo as questões de gênero não foram contempladas pela produção do campo, que, segundo VILLELA e MONTEIRO (2009), se deve “à relação de origem

da saúde coletiva com os saberes da biomedicina, que operam sobre o corpo; muitas vezes a dimensão subjetiva e a maneira singular com que cada um a exerce foram negadas ou abstraídas” (p.994).

A inserção da perspectiva de gênero na produção científica do campo Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde será abordada no próximo capítulo junto ao histórico da institucionalização dos chamados estudos de gênero.

2 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS ESTUDOS DE GÊNERO

2.1 - O cenário político

“Não se nasce mulher, torna-se mulher.”

Essa frase tão conhecida da obra “O segundo Sexo” de Simone de Beauvoir, em 1949, repercutiu no movimento feminista francês, expressando a ideia básica do feminismo: a desnaturalização do ser mulher, contrapondo a identidade sexual da identidade de gênero³. Nos Estados Unidos, o trabalho de Betty Friedan, “A mística feminina” (1963) e a organização do NOW - *National Organization of Women* (1966) lideraram o movimento feminista norte-americano (SARTI, 2004; PEDRO, 2005).

HEILBORN e SORJ (1999) relatam que foi principalmente no âmbito da docência que as pesquisadoras acadêmicas impulsionaram a reflexão sobre a experiência das mulheres e as aspirações feministas. No Brasil, as relações entre o movimento feminista e a universidade ocorreram em um cenário distinto do norte-americano e europeu. O movimento feminista brasileiro não teve a inspiração radical presente nos movimentos norte-americano e europeu, que construíram espaços alternativos de enfrentamento às organizações científicas. Os problemas sociais do Brasil, à época um país

³ A identidade sexual era baseada no sexo (biológico/anatômico) e a identidade de gênero era considerada como uma construção social. Essa concepção sofreu críticas, conforme será explicado no item 2.2.

com profundas desigualdades, impuseram ao feminismo brasileiro uma orientação mais moderada no que diz respeito ao confronto entre os sexos e numa perspectiva mais próxima ao discurso da esquerda política. Para essas autoras, o feminismo brasileiro contou, desde a sua origem, com um grupo expressivo de intelectuais nas universidades, a tal ponto que algumas versões dessa história consideram que o feminismo no Brasil apareceu primeiro na universidade e, só mais tarde, teria se disseminado entre as mulheres com outras inserções sociais. CORRÊA (2001) diz que neste aspecto discorda de Heilborn e Sorj e afirma que “nenhum campo intelectual pode prescindir de sua própria história” (p.25).

O feminismo brasileiro, embora tenha sido influenciado pelas experiências europeia e norte-americana, foi significativamente marcado pela contestação ao regime militar, conferindo-lhe características próprias (SARTI, 2004). CORRÊA (2001) relata que o movimento feminista brasileiro teve sua maior expressão na década de 1970 e vários fatores contribuíram para sua eclosão. Um deles foi o processo de modernização do Brasil, que mesmo de forma excludente, gerou novas oportunidades para mulheres com a expansão do mercado de trabalho e do sistema educacional. Pode-se citar também a efervescência cultural de 1968:

Esse processo de modernização, acompanhado pela efervescência cultural de 1968, com novos comportamentos afetivos e sexuais relacionados ao acesso a métodos anticoncepcionais e com o recurso às terapias psicológicas e à psicanálise, influenciou decisivamente o mundo privado. Novas experiências cotidianas entraram em conflito com o padrão tradicional de valores nas relações familiares, sobretudo por seu caráter autoritário e patriarcal (SARTI, 2004, p.39).

Outro fator importante foi a presença das mulheres na luta armada:

Sem uma proposta feminista deliberada, as militantes negavam o lugar tradicionalmente atribuído à mulher ao assumirem um comportamento sexual que punha em questão a virgindade e a instituição do casamento, ‘comportando-se como homens’, pegando em armas e tendo êxito nesse comportamento (SARTI, 2004. p.37).

O feminismo se expandiu dentro de um quadro de mobilizações diversas. As militantes feministas eram, em sua maioria, mulheres de classe

média e intelectualizadas. As mulheres de classes populares estavam presentes nos movimentos sociais, porém a trajetória de luta por direitos relacionados à sua condição de mulher ocorreu de outra forma. FARAH (2004) diz que havia um número expressivo de mulheres dentro dos movimentos sociais desse período, e a história desses movimentos é também a história da constituição das mulheres como 'sujeito coletivo', em que temas até então confinados à esfera privada se tornaram públicos. Ao mesmo tempo em que denunciavam as desigualdades de classe, os movimentos de mulheres ou as 'mulheres nos movimentos' passaram também a levantar temas específicos relacionados à condição da mulher como: o direito a creches, a violência contra a mulher, a saúde da mulher, a sexualidade e a contracepção. A participação das mulheres nos movimentos de bairro as retirava do confinamento doméstico, mobilizando-as politicamente e colaborando para discussão da condição da mulher (SARTI, 2004).

CÔRREA (2001) explica que não havia, na época, um perfil específico das feministas, pois elas eram "atrizes de teatro, professoras universitárias, estudantes, sindicalistas, ativistas vindas de movimentos populares, jornalistas, etc." (p.15). Várias iniciativas mais organizadas do movimento feminista estavam, ainda, vinculadas à Igreja Católica, ao Partido Comunista ou à Universidade. O feminismo tinha vários embates dentro dessas esferas: seja em relação ao aborto no caso da Igreja; a priorização da 'luta mais ampla' pelos militantes comunistas em detrimento das reivindicações das mulheres; o ataque à participação de lésbicas; a divisão entre militantes e pesquisadoras, uma divisão que aumentou na medida em que a pesquisa sobre a situação da mulher no país foi se destacando dos movimentos de mulheres.

Em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Conferência do Ano Internacional da Mulher na Cidade do México e decretou esse mesmo ano como o Ano Internacional da Mulher. Nessa conferência, foi elaborado um plano de ação, que traçava uma estratégia global para

reduzir as desigualdades de gênero. A criação de tal espaço permitiu que as reivindicações feministas fossem colocadas no centro dos debates, gerando várias resoluções que orientaram a formulação de políticas públicas específicas para as mulheres em vários países do mundo (MIRANDA, 2009). Esse reconhecimento oficial da ONU, segundo SARTI (2004), abriu espaço para a formação de grupos políticos de mulheres, que antes atuavam clandestinamente, e que passaram, desde então, a existir de forma aberta. A autora cita como exemplos de grupos em São Paulo: o Brasil Mulher, o Nós Mulheres e o Movimento Feminino pela Anistia.

Ainda no ano de 1975, no Rio de Janeiro, sob a organização do Centro de Informações da ONU e da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), ocorreu a Semana de Pesquisa sobre o Papel e o Comportamento da Mulher Brasileira, considerado o primeiro debate público sobre o feminismo no país. O encontro contou com a participação de cerca de cinquenta mulheres e resultou numa análise da condição da mulher brasileira. ZIRBEL (2004) destaca a presença de duas tendências entre os diversos grupos representados no evento: uma dedicada às questões jurídicas e trabalhistas e a outra relativa à “questão da sexualidade, do aborto, da contracepção e a crítica à assimetria sexual na sociedade e na organização da família” (p. 22).

O documento final do seminário apresentou uma análise sucinta da condição da mulher brasileira, levando em conta as questões do trabalho, a saúde física e a mental, a legislação, os estereótipos e papéis sexuais, a educação, a discriminação racial, entre outras. A ausência das questões reprodutivas como o aborto e da palavra “feminista” nesse documento, deveu-se à intenção das participantes, em sua maioria, militantes de grupos de esquerda, em dialogar com os outros grupos de oposição à ditadura militar, entre eles, os grupos católicos (BARTED, 1992).

Em setembro desse mesmo ano, foi criada a primeira organização feminista do país: o Centro da Mulher Brasileira, com sede no Rio de Janeiro e com a finalidade de refletir, pesquisar e analisar a condição da mulher no

Brasil. A instituição expandiu-se para outras regiões do país e organizou vários congressos, encontros, seminários e publicações, promovendo o intercâmbio entre as mulheres de diversas regiões e a expansão das questões feministas. Ainda em 1975, publicou-se um número especial dos Cadernos de Pesquisa dedicado à questão da mulher (COSTA e BRUSCHINI, 1992) e a Fundação Carlos Chagas criou um programa de pesquisas, aberto às pessoas de todo o país, sobre o trabalho e a educação da mulher (COSTA et.al., 1985).

Ser feminista na década de 1970, segundo SARTI (2004) tinha uma conotação pejorativa e a discussão sobre feminismo *versus* feminino repercutiu inclusive dentro do movimento, dividindo seus grupos com denominações excludentes. As questões propriamente feministas, as que se referiam à identidade de gênero, ganharam espaço com a consolidação do processo de abertura política no país, no final da década de 1970. ZIRBEL (2004) relata que com a anistia, várias mulheres, que se encontravam exiladas, retornaram ao país trazendo novas questões referentes à cidadania, à democracia e à sexualidade feminina, como por exemplo, o direito sobre seus corpos.

SARTI (2004) diz que há certo consenso sobre a existência de duas tendências principais dentro da corrente feminista do movimento de mulheres nos anos de 1970:

A primeira, mais voltada para a atuação pública das mulheres, investia em sua organização política, concentrando-se principalmente nas questões relativas ao trabalho, ao direito, à saúde e à redistribuição de poder entre os sexos. Foi a corrente que posteriormente buscou influenciar as políticas públicas, utilizando os canais institucionais criados dentro do próprio Estado, no período da redemocratização dos anos 1980. A outra vertente preocupava-se, sobretudo com o terreno fluido da subjetividade, com as relações interpessoais, tendo no mundo privado seu campo privilegiado. Manifestou-se principalmente através de grupos de estudos, de reflexão e de convivência (SARTI, 2004, p. 41).

Posteriormente, nos anos de 1980, presencia-se o fato de que ao mesmo tempo em que os grupos feministas e a consciência de opressão às

mulheres se expandiam pelo país, houve um esvaziamento dos grupos em torno da bandeira da opressão feminina e o desenvolvimento de grupos com uma “atuação mais especializada, com uma perspectiva mais técnica e profissional” (SARTI, 2004, p. 42). Muitos grupos constituíram organizações não governamentais (ONG) e buscaram ocupar espaços institucionais, influenciando as políticas públicas. FARAH (2004) relata que essa relação do Estado com a agenda de gênero foi um dos pontos importantes de divergências no interior do movimento de mulheres e do movimento feminista. Alguns grupos defendiam a ideia de ocupar espaços governamentais, enquanto outros acreditavam que essa participação interferiria na autonomia do movimento.

Nesse período, foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero. Houve a criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina (1983) e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (1985), ambos no Estado de São Paulo; do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM (1985), órgão do Ministério da Justiça, e a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) junto ao Ministério da Saúde, em 1983 (FARAH, 2004).

Segundo MIRANDA (2009), a criação do CNDM respondia às reivindicações do Seminário Mulher e Política, realizado em São Paulo em 1984, pois, até então, as mulheres não tinham um órgão institucionalizado para atender suas demandas específicas. O CNDM⁴ surgiu com a missão de promover, em âmbito nacional, políticas que assegurassem à mulher,

⁴ O CNDM perde força a partir de 1989 quando foram nomeadas 12 novas conselheiras sem identidade com o movimento de mulheres, o que provocou a renúncia coletiva das equipes técnica e financeira. No governo Collor, o CNDM perdeu sua autonomia administrativa e financeira através da Medida Provisória 150 de 15 de agosto de 1990. Em 1995, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, o CNDM foi reativado, porém, sem estrutura administrativa, sem orçamento próprio e com a nomeação de conselheiras sem consulta ao movimento de mulheres e feministas. No ano de 2003, no governo do presidente Lula, passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, contando em sua composição, com representantes da sociedade civil e do governo. Dentre estas últimas transformações sofridas, a mais expressiva talvez seja a decisão da escolha e indicação de parte majoritária das conselheiras pelas entidades ligadas aos movimentos feministas e de mulheres (MIRANDA, 2009; PIMENTA, 2010).

condições de liberdade, igualdade de direitos, e plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. Em 1987, houve uma grande mobilização, dentro e fora do CNDM, para que as reivindicações das mulheres fossem incorporadas à Constituinte, e foi feita uma campanha nacional com o tema “Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher”.

O fruto dessa mobilização foi o documento intitulado ‘Carta das Mulheres à Assembleia Constituinte’, que defendia a justiça social, a criação do Sistema Único de Saúde, o ensino público e gratuito em todos os níveis, a reforma agrária, e detalhava as demandas em relação aos direitos das mulheres em diversas áreas. A Constituição de 1988 trouxe conquistas para as mulheres brasileiras, como: “igualdade a todos os brasileiros perante a lei, sem qualquer tipo de distinção; ampliação da licença-maternidade; a concessão de aposentadoria para as trabalhadoras rurais e 13º salário e férias anuais de 30 dias para as empregadas domésticas” (MIRANDA, 2009, p. 11).

O PAISM, conforme avaliação de COSTA et. al. (2007, p. 16), sintetizou um duplo movimento. O primeiro foi “a oposição às políticas de controle da natalidade”, que até então contava com o apoio de entidades privadas internacionais e sobre as quais recaíam denúncias a respeito do incentivo à esterilização de mulheres pobres e da distribuição de anticoncepcionais sem acompanhamento adequado. O segundo movimento foi “a afirmação das aspirações das mulheres em relação à democratização das informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade”, rompendo assim com o programa materno-infantil tradicional, que tratava da saúde da mulher apenas no seu papel como reprodutora. Segundo as autoras: “ambos os movimentos articularam-se em torno das acepções de produção e determinação social da Saúde convergentes no projeto de Reforma Sanitária” (COSTA et. al., 2007, p. 16). VILLELA (2009) também reforça essa convergência:

Os esforços de implantação do PAISM caminharam *pari-passu* com a Reforma Sanitária brasileira, que culminou com a criação do SUS. As

propostas de extensão de cobertura, regionalização e hierarquização da assistência, integração de serviços, ações de cuidado, prevenção e promoção de saúde e o pressuposto de que o processo saúde-doença é decorrente das situações que cada um enfrenta no cotidiano da vida, contidas no PAISM, foram incorporadas ao SUS (VILLELA, 2009, p. 27).

A noção de integralidade, contida na proposta do PAISM⁵, apontava para “o atendimento de todas as necessidades de todas as mulheres” (VILLELA e MONTEIRO, 2005, p. 21), o que implicava na mudança de organização das práticas dos serviços de saúde e na relação das mulheres consigo mesmas.

A articulação do movimento feminista e de mulheres com o movimento sanitarista possibilitou a incorporação da ideia da saúde sexual e reprodutiva à premissa original da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. O movimento feminista, na luta pelo direito à saúde integral, conferiu visibilidade a temas como a sexualidade, o aborto, a violência, a morte materna, a qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal (saúde materna) e a contracepção, dentre outros. E contribuiu para que estas questões passassem ser abordadas “como integrantes da constelação dos Direitos Humanos e adquirissem o *status* de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos” (TEIXEIRA, 2010, p. 24).

A reivindicação pelos direitos sexuais e reprodutivos passou a se configurar como estratégia política, sendo estes discutidos em conferências internacionais e inseridos em suas plataformas de ação, das quais o Brasil foi signatário. Dentre essas conferências, destacam-se: a Conferência sobre Direitos Humanos, realizada em Viena (1993), a Conferência sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo (1994) e a IV Conferência

⁵ Na década de 90, os problemas de financiamento do SUS impediram o cumprimento dos preceitos de universalidade, integralidade e equidade. O movimento de mulheres, assim como o movimento sanitário, passou a resistir às pressões e às restrições de recursos, buscando avançar as proposições para a efetivação do PAISM. A prioridade conferida a determinadas atividades, especialmente aquelas diretamente relacionadas à pré-natalidade, à assistência ao parto e à anticoncepção, limitou a atenção integral à saúde da mulher à dimensão reprodutiva; o PAISM permaneceu como o norteador das ações no nível teórico (COSTA et.al., 2007).

Internacional sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995. Elas foram fundamentais para a legitimação dos conceitos concernentes às esferas da sexualidade e da reprodução (TEIXEIRA, 2010).

CÔRREA e ÁVILA (2003) relatam que o uso do conceito de direitos reprodutivos no Brasil começou em 1984 após o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, naquele ano. Nesse evento, introduziu-se o termo “direitos reprodutivos”, criado por feministas norte-americanas e que seria ‘refinado’ nos anos seguintes. Já o conceito de direitos sexuais data da década de 1990 e veio dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, tendo, em seguida, sido incorporado pelo movimento feminista. Na Conferência do Cairo, o conceito foi utilizado no documento do evento, reconhecendo os direitos reprodutivos das mulheres, o que não ocorreu com os direitos sexuais. Somente no ano seguinte, na Conferência de Beijing, é que os direitos sexuais foram reconhecidos e incorporados, porém em conjunto aos direitos reprodutivos:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências (CNDM, 1996, seção C, parágrafo 97).

TEIXEIRA (2010) alerta que apesar dos direitos sexuais e reprodutivos terem sido citados de forma conjunta na plataforma de ação de Beijing, a abordagem desses direitos deve ser realizada de forma separada, em uma tentativa de romper com a manutenção do comportamento hegemônico do sexo-procriação, que reforça a heterossexualidade como uma norma.

Ainda na década de 1980, surgem nas universidades os núcleos de estudos sobre a mulher, sob a inspiração do modelo norte-americano *Women's Studies*. COSTA e SARDENBERG (1994) ressaltam que a criação desses espaços decorreu de uma luta travada dentro das universidades pelo

“reconhecimento da relevância e legitimidade da problemática da mulher como objeto de reflexão e análise” (p. 389).

Ainda nos anos de 1980, foi criado o primeiro núcleo de estudo sobre a mulher em uma universidade brasileira, o NEM – Núcleo de Estudos da Mulher da Pontifícia Universidade Católica do Rio Janeiro⁶. Em 1981, criou-se o Núcleo de Estudos, Documentação e Informação sobre a Mulher - NEDIM, na Universidade Federal do Ceará e, em 1983, o Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher da Universidade Federal da Bahia (NEIM-UFBA). Em 1984, foram criados três outros núcleos, nas Universidades Federais do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e de Minas Gerais. Em 1985, foi fundado o NEMGE (Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero) na Universidade de São Paulo⁷.

Em 1984, foi realizado em Salvador, o Seminário de Pesquisas Zahidé Machado, em que se discutiu o panorama de estudos e pesquisas sobre a mulher no Brasil. Esse evento foi promovido conjuntamente pela Fundação Carlos Chagas e o NEIM da UFBA, com o apoio da Fundação Ford (COSTA e SARDENBERG, 1994).

Cabe ressaltar que o apoio institucional e financeiro da Fundação Ford teve papel relevante na legitimação dos estudos sobre a mulher no Brasil (HEILBORN e SORJ, 1999). A Fundação Carlos Chagas com o apoio da Fundação Ford mantinha um núcleo de pesquisadoras e feministas

⁶ Cabe observar que apesar do primeiro núcleo ter sido criado em 1980, já havia estudos acadêmicos sobre a condição feminina, como por exemplo, o trabalho de Heleieth Saffioti na década de 1960, intitulado “A Mulher na Sociedade de Classes”. Nos anos de 1979 e 1980, haviam sido criados, respectivamente, os Grupos de Trabalho “Mulher e Força de Trabalho” e “Mulher e Política” na ANPOCS - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (COSTA e SARDENBERG, 1994).

⁷ Em 2006, na cidade de Brasília, ocorreu o Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas que reuniu pesquisadoras/es de mais de 200 núcleos e grupos de pesquisa que atuavam no campo de estudos de gênero no Brasil (BRASIL, 2006a), demonstrando a expansão desses espaços.

preocupadas com a situação da mulher, reunidas no Departamento de Pesquisas Educacionais sob a direção da psicóloga Carmen Barroso, já autora de trabalhos sobre o assunto (CORRÊA, 2001).

COSTA e SARDENBERG (1994) relatam que apesar da relevância dos núcleos de estudos sobre mulher, os processos de criação, afirmação, funcionamento e manutenção desses espaços foram marcados por muitos entraves:

... a descontinuidade, aliás, tem sido uma característica marcante na história de alguns núcleos: a falta de recursos financeiros, de pessoal técnico-administrativo, e a necessidade de formação do pessoal docente, muitas vezes em outros estados ou países, têm causado, com certa frequência, a interrupção temporária das atividades (COSTA e SANDERBERG, 1994, p. 392).

Nos anos de 1990, a criação dos núcleos de estudos com o termo gênero em seus nomes foi incentivado, contrastando com os criados na década anterior, que se identificavam como núcleos de estudos sobre a mulher (COSTA e SARDENBERG, 1994).

Em 1992 e 1993, foram criadas, respectivamente, as revistas PAGU e Estudos Feministas, dois periódicos científicos importantes para a área de gênero (HEILBORN e SORJ, 1999). Foi também na década de 1990 que ocorreu a criação de grupos de Gênero e Saúde, principalmente nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil.

Na década de 2000, no âmbito brasileiro, houve a implementação: da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Lei Maria da Penha e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) foi criada em 2003, sendo vinculada ao gabinete da Presidência da República e tendo a sua secretária o *status* de ministra. Segundo Miranda (2009), por meio da criação da SPM, o governo reconheceu “a necessidade de produção de políticas públicas específicas, coordenando e incentivando ações nos órgãos

governamentais, com vistas à transversalidade de gênero” (p.12). Em 2004, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres que subsidiou a criação do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres no mesmo ano, este foi publicado em 2005 (BRASIL, 2005).

Ainda em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2004) que buscou retomar as proposições do PAISM, adequando-as às necessidades das mulheres nos últimos 20 anos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher buscou consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, a inclusão nas demandas de mulheres negras, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto e no combate à violência doméstica e sexual. Essa política agregou, ainda, a prevenção e o tratamento de DST/Aids, a atenção às mulheres portadoras do vírus do HIV, de doenças crônico-degenerativas e de câncer ginecológico. No entanto, esta política abrangente foi subdividida pelo Ministério da Saúde em diversas outras políticas e programas como de planejamento familiar, de pré-natal e de redução da mortalidade materna, criando preocupações sobre a recuperação do conceito e das práticas da integralidade a ser oferecida às mulheres brasileiras (COSTA et.al., 2007).

Em 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) que se transformou no principal instrumento legal de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher no Brasil. O anteprojeto da lei começou a ser elaborado em 2002 por um consórcio de organizações não governamentais e foi apresentado em 2004 à SPM, que instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração do projeto de lei. Por meio da Lei Maria da Penha, foram criados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres com competência cível e criminal, inovou-se as medidas protetivas de urgência para as vítimas de violência doméstica; reforçando a atuação das Delegacias de Atendimento à Mulher, da Defensoria Pública e do Ministério Público e da rede de serviços de atenção à mulher em situação de violência doméstica e familiar.

Nessa lei, foram previstas uma série de medidas de caráter social, preventivo, protetivo e repressivo; foram definidas as diretrizes das políticas públicas e ações integradas para a prevenção e erradicação da violência doméstica contra as mulheres, tais como: implementação de redes de serviços interinstitucionais, promoção de estudos e estatísticas, avaliação dos resultados, implementação de centros de atendimento multidisciplinar, delegacias especializadas, casas abrigo e realização de campanhas educativas, capacitação permanente dos integrantes dos órgãos envolvidos na questão, celebração de convênios e parcerias e a inclusão de conteúdos de equidade de gênero nos currículos escolares⁸.

Como se pode ver, até esse momento, as políticas públicas com recorte de gênero foram conquistas dos movimentos de mulheres/feminista e LGBT, com ênfase nas mulheres. A construção de uma política apoiada na perspectiva de gênero e inclusiva para os homens seria implementada mais tarde e com uma trajetória diferente daquelas com enfoque nas mulheres.

Os homens já haviam aparecido nos documentos de conferências internacionais - Conferência Internacional sobre a População (Bucareste, 1974), Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994,) e a IV Conferência Internacional da Mulher (Beijing, 1995). No entanto, como ARILHA (2010) chama a atenção, o conceito de gênero quando associado aos homens aparecia de forma redutora e instrumentalizadora nesses documentos:

Os textos das conferências parecem falar apenas de um homem trabalhador, heterossexual, pai de família, casado, com filhos, deixando de lado realidades em transformação que incluem as mudanças no âmbito do exercício da sexualidade, constituição conjugal, relações familiares, relações parentais, estigmas, discriminações, violências, e o grande impacto sobre as distintas esferas da saúde (ARILHA, 2010, p.188).

⁸ Fonte: Site da Secretaria de Políticas para as Mulheres: <http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/lei-maria-da-penha/breve-historico> [acesso em outubro de 2012]

Os estudos internacionais sobre homens e saúde datam da década de 1970 (SCHRAIBER et. al., 2005), sendo que no Brasil, o primeiro estudo de grande amplitude sobre homem e saúde foi publicado em 1998⁹. Foi somente em 2006 que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou, pela primeira vez, um documento que apresentava uma síntese sobre o homem e as políticas públicas de saúde. O documento intitulado “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde - IDB 2006 Brasil” foi produzido pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs¹⁰ (MEDRADO et. al., 2010).

BARBOZA et. al. (2012) consideram a “saúde do homem” como um tema emergente no campo da Saúde Coletiva e no SUS. No âmbito da produção acadêmica, a temática ainda é incipiente e no âmbito das políticas públicas, o tema ganhou destaque com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (BRASIL, 2008). A PNAISH foi lançada em 2009, no intuito de reduzir o perfil de morbimortalidade da população masculina e ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica (BARBOZA et. al., 2012).

Ressalta-se que essa política partiu de uma decisão governamental, o que a diferencia das políticas de saúde da mulher, nas quais os movimentos sociais (de mulheres, feministas e LGTB) tiveram um papel importante (COUTO e GOMES, 2012). MEDRADO et. al. (2010) revelam ainda que a PNAISH teve como base, os encontros com especialistas e representantes de entidades da área da saúde e foi formulada à margem das conferências

⁹ O estudo citado é o de LAURENTI et.al. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1998.

Os estudos sobre homens e masculinidades serão mais bem detalhados no tópico 2.2.

¹⁰ A RIPSAs é fruto de uma cooperação entre o Ministério da Saúde e a OPAS, tendo sido formalizada em 1996. A Rede congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para as políticas públicas em saúde. Fonte: <http://www.ripsa.org.br> [acesso em jan 2012]

de saúde, sendo que a participação da população ficou reduzida à consulta pública feita via internet.

COUTO e GOMES (2012) ao analisarem o tema Homens, Saúde e Políticas Públicas destacam que a justificativa para a elaboração de políticas de saúde voltadas para os homens analisadas¹¹ consideraram a construção social das masculinidades e seus impactos no processo de saúde, adoecimento e cuidado, bem como enfatizaram as barreiras socioculturais relacionadas ao cuidado em saúde dos homens; porém, os autores questionam se tal reconhecimento bastaria para tornar essas políticas promotoras de equidade de gênero.

Os autores, focando a PNAISH, destacaram três aspectos: o primeiro é que há um descompasso entre a proposição teórica da política, que leva em conta a diversidade dos homens de diferentes grupos sociais em seu texto, mas quanto à ação institucional, reforça a unicidade dos mesmos, já que no Plano de Ação da Política para 2009-2011 a diversidade não apareceu nas ações prioritárias. Um segundo aspecto problematizado pelos autores diz respeito ao uso “abusivo” de dados demográficos e epidemiológicos para justificar a necessidade da política, criando assim um homem “vítima”, que necessita de atenção especial. E como terceiro aspecto, apontam para o perigo de responsabilização dos homens no que se refere ao cuidado da sua saúde (COUTO e GOMES, 2012).

¹¹ Os autores se referem à PNAISH (Brasil), à *National men's health policy 2008-2013: working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing* (Irlanda) e à *National male health policy: building on the strengths of Australian males* (Austrália).

2.2 - Os estudos de gênero: temas, objetos e categorias

Os estudos com inspiração feminista eram chamados de: estudos sobre mulher/mulheres, estudos de gênero ou estudos sobre relações de gênero (HEILBORN e SORJ, 1999).

COSTA E BRUSCHINI (1992) dividem a institucionalização desses estudos em três fases. A primeira fase corresponde ao período de 1975 a 1978, em que os estudos buscavam dar visibilidade à situação das mulheres e criticar ou desconstruir os paradigmas androcêntricos teóricos vigentes na época, sendo o objeto “mulher” privilegiado. Na segunda fase, de 1978 a 1985, os estudos ganharam espaço e ampliaram-se as temáticas estudadas. Por fim, a terceira fase, iniciou-se em 1985, marcada pela utilização do conceito de gênero. Numa análise dos artigos sobre mulher/gênero publicados, entre 1971 e 1991, no periódico *Cadernos de Pesquisa* da Fundação Carlos Chagas, as autoras encontraram as seguintes temáticas: o trabalho, a família, a educação e a escola, os papéis sexuais, a participação política, a demografia e os estudos da mulher.

MATOS (2002) refere que na década de 1970, em decorrência da influência da corrente marxista, o trabalho feminino, principalmente, o trabalho nas fábricas teve destaque na produção científica. Os estudos desse período, de uma forma geral, utilizavam a categoria empírica mulher/mulheres e visavam preencher as lacunas de conhecimento sobre a situação das mulheres, de denunciar e entender a posição de subordinação/opressão a que estavam submetidas (HEILBORN e SORJ, 1999).

A percepção das origens e causas da opressão feminina e os mecanismos de combate diferenciavam-se entre as correntes de pensamento feminista, que apesar das suas diferenças compartilhavam da

ideia que as mulheres ocupavam lugares sociais subordinados em relação aos homens e questionavam o suposto caráter natural dessa subordinação (PISCITELLI, 2002).

Uma das teorias sobre a opressão feminina era a do patriarcado, definido por BUARQUE (2006) como “um sistema de dominação em que o homem é o centro da sociedade e as relações sociais são determinadas pela opressão e subordinação da mulher, através do controle da sua capacidade reprodutiva, da sua sexualidade, da sua capacidade de trabalho e da interdição do seu acesso ao poder” (p.8).

PINTO (1985) diz que a identificação das relações de poder entre homens e mulheres como patriarcais era compartilhada pelas correntes feministas liberal, radical e a socialista. O feminismo liberal identificava a causa da opressão na ausência de igualdade de direitos entre os homens e as mulheres.

As feministas radicais entendiam que os papéis desempenhados por homens e mulheres na reprodução da espécie possibilitavam a dominação masculina. Ou seja, as origens da subordinação feminina estavam localizadas no processo reprodutivo, o fato das mulheres engravidarem e amamentarem as tornava “prisioneiras da biologia”. O patriarcado seria derrubado quando as mulheres adquirissem o controle sobre a reprodução (PISCITELLI, 2002).

As feministas socialistas orientavam-se pela ideia de que a divisão sexual do trabalho nas sociedades de classes implicava nas desigualdades entre homens e mulheres. A divisão - baseada no trabalho reprodutivo (produção de “pessoas”) não remunerado e que cabia às mulheres e no trabalho produtivo (produção de bens) que ficava a cargo dos homens - era fundamental para o capitalismo. A opressão das mulheres seria superada através da instauração de uma sociedade sem classes, na qual os princípios igualitários se estenderiam ao conjunto da sociedade (PINTO, 1985).

Nas três teorias citada, as causas da opressão feminina estavam ancoradas na biologia, “as mulheres eram oprimidas pelo fato de serem mulheres”, ou seja, por serem de um mesmo sexo. E é dentro desse contexto em que a categoria “mulher” é pensada (PISCITELLI, 2002).

PEDRO (2005) explica que a categoria “mulher” era utilizada contrapondo-se à palavra “homem”, considerada universal (incluindo todos os seres humanos). Esse “homem universal” não incluía questões específicas relativas às mulheres, como por exemplo: o direito de ter ou não filhos, a violência doméstica, a divisão sexual do trabalho, em que as tarefas do lar eram tidas como das mulheres, dentre outras.

A utilização dessa categoria representava, ao mesmo tempo, a busca feminista por uma explicação da origem da opressão feminina e a fundamentação de uma identidade universal ‘mulher’. Porém essa tentativa de construir um sujeito político feminista universal com uma base comum entre as mulheres foi criticada, considerando a diversidade das mulheres e suas vivências (MARIANO, 2005). A categoria “mulheres” passou a ser utilizada nas reivindicações para dar conta das diferenças (classe social, raça/etnia, orientação sexual, entre outras), sem perder o foco das desigualdades entre os sexos (PEDRO, 2005).

As experiências vividas pelas mulheres começaram a ser estudadas, consolidando os estudos sobre a mulher/as mulheres em diversas disciplinas (antropologia, história, ciência política, etc). Ao mesmo tempo em que houve essa acumulação de informações sobre a diversidade das experiências femininas, conceitos como patriarcado¹² e as categorias (mulher/mulheres) começaram a ser questionados e foi, nesse contexto, que se desenvolveu o conceito de gênero (PISCITELLI, 2002).

¹² O patriarcado foi útil para o movimento feminista do ponto de vista da mobilização política. No entanto, o conceito tornou-se sinônimo de “dominação masculina, um sistema opressivo tratado à vezes como uma essência (...) um sistema político quase místico, invisível, trans-histórico e transcultural, cujo propósito seria oprimir as mulheres” (PISCITELLI, 2002, p.7).

Embora o termo gênero já tivesse sido utilizado em uma pesquisa sobre intersexuais e transexuais pelo psicanalista Robert Stoller, no contexto feminista ganhou impulso com a obra “O tráfico de mulheres: notas sobre a ‘economia política’ do sexo”, de Gayle Rubin em 1975.

RUBIN (1975, p.3) formulou o conceito “sistema sexo/gênero” e o definiu como “o conjunto de acordos sobre os quais a sociedade transforma a sexualidade humana biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas”. Apesar de trabalhar com dualismos (sexo/ gênero e natureza/cultura), pelos quais será criticada posteriormente, a autora contribuiu para pensar as construções sociais da mulher em termos de sistemas culturais e questionar a ideia de opressão feminina universal.

Gênero foi utilizado para se contrapor ao determinismo biológico¹³, designando o que era socialmente construído, enquanto sexo correspondia ao biologicamente dado (MARIANO, 2005). NICHOLSON (2000) chama a atenção para a definição de gênero desse período, gênero não era substituto de sexo, porém o sexo era necessário para a elaboração do conceito de gênero. Configurando-se assim, o que a autora nomeia de fundacionalismo biológico: “aqui o biológico foi assumido como a base sobre a qual os significados culturais são constituídos. Assim, no momento mesmo em que a influência do biológico está sendo minada, está sendo também invocada” (p.11).

Nos anos de 1980, outros temas começaram a ganhar destaque: o papel da mulher na família, a maternidade, a sexualidade, a relação entre o espaço público e privado, a disciplinarização do corpo feminino, entre outros (MATOS, 2002). Nessa década, observa-se a incorporação dos homens

¹³ No determinismo biológico, a biologia era a explicação das diferenças entre mulheres e homens: o sexo feminino era associado à fragilidade ou à submissão, enquanto o sexo masculino com a força e o papel de provedor.

como categoria empírica e a utilização do termo gênero, como categoria analítica.

Em 1988, a historiadora Joan Scott publicou nos Estados Unidos, o artigo “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, no qual tratou do caráter analítico, histórico e relacional do conceito de gênero: “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990, p.14).

A autora critica o binarismo (homem x mulher, masculino x feminino) e realça a importância de entender como as categorias e as hierarquias de gêneros são construídas e legitimadas historicamente. Sendo assim, o gênero não reflete ou implementa diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres, mas ele é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Saber relativo, pois os significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e o tempo histórico:

“Não podemos ver a diferença sexual a não ser como função de nosso saber sobre o corpo e este saber não é "puro", não pode ser isolado de suas relações numa ampla gama de contextos discursivos. A diferença sexual não é, portanto, a causa original da qual a organização social possa ser derivada em última instância - mas sim uma organização social variada que deve ser, ela própria, explicada” (SCOTT, 1994, p.13).

“A história não é mais a respeito do que aconteceu a homens e mulheres e como eles reagiram a isso, mas sim a respeito de como os significados subjetivos e coletivos de homens e mulheres, como categorias de identidade foram construídos” (...) A história feminista deixa então de ser apenas uma tentativa de corrigir ou suplementar um registro incompleto do passado, e se torna um modo de compreender criticamente como a história opera enquanto lugar da produção do saber de gênero (SCOTT, 1994, p.19).

RAGO (1998) assinala que as feministas mais radicais relutaram em aceitar o deslocamento do foco do “sujeito mulher” para a análise das relações de gênero e defendiam a preservação da identidade feminina como forma de reforçar a agenda pública feminista.

A utilização de “gênero” como categoria analítica permitiu não só a análise das relações entre homens e mulheres, como também das relações entre homens e entre mulheres (PEDRO, 2005). Assim, na década de 1990, os estudos se ampliaram e diversificaram em temas, abordagens e sujeitos:

“O sujeito universal cede lugar a uma pluralidade de protagonistas, deixando de lado a preocupação com a centralidade. Conjuntamente, também se pode perceber como ganho uma gradual dessencialização de homens e mulheres em nossa e em outras sociedades, tornando-os plurais” (MATOS, 2002, p.245).

Surgiram estudos de pesquisadoras e pesquisadores sem vínculo militante com o movimento feminista e os homens começaram a ser atraídos pelas questões relativas à masculinidade e à sexualidade (HEILBORN e SORJ, 1999).

Os estudos sobre homens e masculinidades emergiram, no Brasil, nos trabalhos sobre sexualidade e saúde reprodutiva, até então dominados por mulheres (GIFFIN, 2005), impulsionados, nessa década, pela emergência da epidemia de HIV/Aids (inicialmente entre homens gays e que fazem sexo com homens e depois pela feminização da epidemia transmitida por via heterossexual), pela crescente visibilidade da violência cometida pelos homens (violência contra mulher, crianças e outros homens), pelo reconhecimento das desigualdades de gênero nos cuidados e decisões no campo da saúde sexual e reprodutiva e em função da sobremortalidade masculina comparada à feminina (SCHRAIBER et. al., 2005; GOMES e NASCIMENTO, 2006; MEDRADO et. al., 2010; BARBOZA et.al., 2012).

Muitos estudos questionavam os modelos de masculinidade hegemônica, conceito formulado por Robert Connell e que se tornou uma referência teórica para os estudos de homens e masculinidades¹⁴. GIFFIN

¹⁴ Em uma revisão sobre “Estudos sobre homens, gênero e saúde”, SCHRAIBER et. al. (2005) referem a década de 1970, como marco inicial dos estudos norte-americanos sobre homens e saúde. Nos anos de 1980, há uma mudança de terminologia: de estudos dos homens para estudos de masculinidades. Os primeiros estudos latino-americanos sobre homens e masculinidades datam do final da década de 1980.

(2005) ressalta que esse conceito é produto dos estudos gays, e que ele “sugere que são grupos específicos de homens, não os homens em geral, que são oprimidos no âmbito das relações patriarcais sexuais” (p. 450).

CONNELL (1995) define masculinidade como “uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”. Tanto a prática como a posição dos homens se dirigem ao corpo e são produzidas socialmente: “As masculinidades são corporificadas, sem deixar de ser sociais. Nós vivenciamos as masculinidades (em parte) como certas tensões musculares, posturas, habilidades físicas...” (p.190). O autor enfatiza o caráter histórico de gênero e a existência de várias masculinidades, sendo que a(s) hegemônica(s) – corresponderia(m) a um ideal cultural de masculinidade.

O autor descreveu quatro tipos de políticas de masculinidade. A primeira, que ganhou força na década de 1980, é denominada *terapia de masculinidade*, que se tratava de um movimento de homens heterossexuais (principalmente brancos e de classe média) que se sentiam injustiçados pela culpabilização dada a eles pelas feministas. A segunda, nomeada *lobby das armas*, trata-se de uma tendência que exaltava o poder dos homens e sua superioridade corporal e suas relações com o domínio de tecnologia e da violência. A terceira chamada de *liberação gay* levantou uma crítica aos estereótipos convencionais dos gays e da masculinidade convencional, vendo os como opressores. E por último, a chamada *política de saída ou transformativa*, na qual os homens buscavam romper com as estruturas patriarcais e transformar as formas de masculinidades existentes.

A década de 1990 também se destacou pelas pesquisas sobre sexualidade e homossexualidade, favorecidas pela necessidade do enfrentamento da Aids, tendo recebido um fluxo expressivo de recursos (HEILBORN e SORJ, 1999). As autoras apontam que esses trabalhos começaram a se desenvolver de forma paralela aos estudos de gênero:

... dentro da rubrica de 'comportamento desviante' e 'desvio social', que integravam tradicionalmente o elenco de questões sobre o qual a sociologia e a antropologia urbanas se interessavam. Assim, estudos sobre prostituição feminina (e depois a masculina) e homossexualidade começaram a surgir (p. 17).

A discussão sobre a relação entre diferença anatômica, identidade de gênero e orientação sexual foi impulsionada pelos movimentos sociais de afirmação identitária. Denominados nos EUA como os estudos sobre gays e lésbicas e a teoria *queer*¹⁵, estes tinham como uma das principais referências teórica, a filósofa Judith Butler.

BUTLER, em sua obra "Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade" faz uma discussão da categoria 'mulheres' criada pelo movimento feminista. Para ela, o feminismo ao tentar englobar todas as mulheres em uma identidade comum, tornou a categoria normativa e excludente, pois a normatização das identidades definia padrões de comportamento e de conduta rejeitando as diferenças dos sujeitos sociais (BUTLER, 2003; MARIANO, 2005).

A autora questiona a premissa na qual a teoria feminista se baseava, de que gênero era socialmente construído e sexo era um dado natural. Para a filósofa, o sexo é tão cultural quanto o gênero:

... talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma.

Gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo / cultural pelo qual 'a natureza sexuada' é produzida e estabelecida como 'pré - discursivo', anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura (BUTLER, 2003, p. 25).

¹⁵ O termo *queer* descreve os gestos que dramatizam as incoerências nas relações, supostamente estáveis, entre sexo fisiológico, gênero e desejo sexual. Esse termo tem sido associado a gays, lésbicas, travestis, hermafroditas, ambiguidade de gênero e cirurgias de troca de sexo (MONTEIRO, 2002).

A filósofa definiu o gênero como uma *performance* (um ato de construção contínua), pelo qual as noções binárias (masculino/ feminino) são produzidas e naturalizadas. É o discurso cultural hegemônico que normatiza as estruturas binárias de sexo e de gênero, estabelecendo limites para as possibilidades de configurações do gênero na cultura. E esse discurso hegemônico é definido por instituições que Butler se propôs a analisar: o falocentrismo e a heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2003; MARIANO, 2005).

O gênero não deve ser construído como uma identidade estável ou um *locus* de ação do qual decorrem vários atos; em vez disso, o gênero é uma identidade tenuemente constituída no tempo, instituído num espaço externo por meio de uma repetição estilizada de atos. O efeito do gênero se produz pela estilização do corpo e deve ser entendido, conseqüentemente, como a forma corriqueira pela qual os gestos, movimentos e estilos corporais de vários tipos constituem a ilusão de um eu permanentemente marcado pelo gênero (BUTLER, 2003, p.200).

O fato de a realidade do gênero ser criada mediante performances sociais contínuas significa que as próprias noções de sexo essencial e de masculinidade ou feminilidade verdadeiras ou permanentes também são constituídas, como parte da estratégia que oculta o caráter performativo do gênero e as possibilidades performativas de proliferação das configurações de gênero fora das estruturas restritivas da dominação masculina e da heterossexualidade compulsória¹⁶ (BUTLER, 2003, p.201).

E sendo gênero uma *performance*, regulado pela repetição de atos, para a autora, é possível criar novas possibilidades de gênero que contestem os modelos binários hierárquicos.

¹⁶ Heterossexualidade compulsória: a heterossexualidade pressuposta nas relações de gênero é opressora, na medida em que busca criar uma unidade em torno do que é ser mulher e uma estabilidade entre sexo, gênero e desejo (BUTLER, 2003).

2.3 - O GT Gênero e Saúde da ABRASCO e a produção científica sobre as relações de gênero na Saúde Coletiva

O conceito de gênero, como já foi dito, foi elaborado dentro do campo das Ciências Sociais e se expandiu para outros campos de conhecimento, dentre eles, o campo da Saúde (TEIXEIRA, 2010).

Na Saúde Coletiva, VILLELA (2009) aponta que a perspectiva de gênero começou a ser usada com foco nas mulheres e nas suas vivências no campo reprodutivo, visando discutir a desnaturalização da reprodução (gravidez, parto e amamentação). Posteriormente, gênero passou a ser utilizado nos estudos sobre homens e masculinidades, principalmente, com o objetivo de compreender a mortalidade masculina decorrente de agravos evitáveis como a violência e a contaminação pelo HIV/Aids.

No Brasil, é a partir da década de 1990, que os estudos sobre homens no campo da Saúde começam a utilizar a perspectiva relacional de gênero (COUTO e GOMES, 2012). SCHRAIBER et.al. (2005) ao analisarem a temática “homens e saúde” no campo da Saúde Coletiva, tendo como fonte de dados, os artigos publicados na base de dados *Scielo*, encontraram 34 trabalhos. Os autores verificaram que a saúde reprodutiva e saúde sexual (com predomínio de trabalhos sobre HIV/Aids) constituíram o primeiro eixo temático privilegiado nesses estudos, seguido das temáticas da violência e da morbimortalidade.

AQUINO (2006), ao analisar a produção científica de Gênero e Saúde, mostrou que durante a década de 1990 houve expressiva produção sobre aborto, e os estudos iniciais buscavam dar visibilidade a esse fenômeno, e posteriormente introduziram as relações de gênero como determinantes da prática. A violência foi outro tema cuja produção cresceu significativamente

nessa década, e os estudos chamavam atenção para a ocorrência desta no âmbito doméstico e familiar e nos serviços de saúde (violência institucional). Os resultados também confirmaram um crescimento acentuado da produção científica sobre gênero e saúde e que a maioria dos trabalhos acadêmicos foi divulgada a partir da década de 2000, quando ocorreu também uma ampliação das temáticas abordadas: avaliação em saúde, bioética e gênero, saúde do idoso, saúde bucal, saúde mental, homens e masculinidades, paternidade e cuidados de crianças, entre outras.

AQUINO (2006), ainda, identificou a existência de 51 grupos de pesquisa cadastrados no CNPq com pelo menos uma linha de investigação dedicada a “gênero e saúde”, sendo que a Saúde Coletiva concentrava a maior proporção desses grupos. Segundo a autora, a institucionalização dos estudos de Gênero e Saúde pôde ser percebida no apoio às pesquisas e na regularidade das atividades científicas em eventos especializados, que passaram a ocorrer de forma visível, com a criação do Grupo de Trabalho (GT) Gênero e Saúde da ABRASCO em 1995.

O GT Gênero e Saúde foi criado durante o III Congresso de Epidemiologia da ABRASCO, ocorrido na cidade de Salvador, em 1995, fruto de articulação política entre as pesquisadoras da temática no campo da Saúde Coletiva. Sua composição incluiu pesquisadoras oriundas do campo da Epidemiologia e das Ciências Sociais e Humanas. O GT tem como finalidade contribuir com o ensino e com a produção do conhecimento sobre os impactos das desigualdades sociais entre homens e mulheres na saúde e ampliar a incorporação da perspectiva de gênero nos espaços de atuação da ABRASCO (ABRASCO¹⁷; NUNES, 2006b; VILLELA, 2006).

AQUINO et.al. (2003) comentam que a constituição do GT Gênero e Saúde da ABRASCO foi uma das conquistas alcançadas pela militância

¹⁷ GT Gênero e Saúde da ABRASCO. Dados obtidos no site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva: <http://www.abrasco.org.br/grupos/g8.php> [acesso em maio de 2011]

feminista acadêmica. A inserção da temática de gênero e a conformação do GT encontraram resistências dentro do campo da Saúde Coletiva e da própria ABRASCO. TEIXEIRA (2010), ao analisar a trajetória de algumas feministas acadêmicas que atuavam no campo da Saúde Coletiva, participantes do processo de criação do GT, verificou pelo depoimento das entrevistadas que essa resistência se manifestou de várias maneiras: através de violência simbólica, rejeição à organização de uma mesa redonda sobre gênero e saúde em um congresso de Saúde Coletiva, retirada da temática de gênero e saúde de um dos congressos da ABRASCO e discriminações na atribuição de lugares das mesas e horários em congressos da associação:

Integramos o Grupo de Trabalho 'Gênero e Saúde' da Abrasco, é... o temário... isso é uma coisa até interessante de registrar [...], quando a gente conseguiu constituir esse grupo de trabalho, foi em 1995, foi como resultado de uma grande articulação política que aconteceu em Salvador, no Congresso Brasileiro de Epidemiologia e... aí foi constituído e tal, e pouco tempo depois a gente conseguiu inserir entre as temáticas dos congressos o item gênero e saúde. Algum tempo depois, esse, então – isso é uma coisa que a gente tem que ter uma vigilância eterna, porque já houve congressos que ele foi retirado sob a justificativa de que já tinha um de desigualdades sociais [...] aí nós fizemos moção, aprovamos moção no final do congresso, porque isso é o que nos permite ver como o tema [es]tá evoluindo em nossos congressos, né? Se não [es]tá lá, primeiro porque é uma perda do ponto de vista do reconhecimento do tema... (trecho de uma entrevista extraído de TEIXEIRA, 2010).

A relação da Saúde Coletiva com os saberes da biomedicina e a influência do marxismo com ênfase na categoria classe social para explicação das desigualdades sociais são apontadas como possíveis fatores que dificultaram a inserção da perspectiva de gênero nesse campo (AQUINO, 2006; VILLELA e MONTEIRO, 2009).

Nos primeiros anos de funcionamento, o GT contou com o apoio da Fundação Ford e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e buscou fortalecer a interlocução entre pesquisadoras/es universitárias/os, profissionais de serviços de saúde e militantes dos diversos movimentos sociais, tendo em vista aprofundar a compreensão de fenômenos de

interesse na área de Saúde Coletiva, na perspectiva das relações de gênero. Sua produção incorporou/incorpora diversos temas, destacando-se como principais: reprodução, juventude, violência doméstica e sexual, DST/Aids, controle social, monitoramento e avaliação de políticas e programas para mulheres (ABRASCO¹⁸; NUNES, 2006b).

Antes da criação do GT, VILLELA e MONTEIRO (2005) relatam que as pesquisadoras e grupos de pesquisas que trabalhavam com as temáticas de saúde da mulher, já vinham introduzindo a discussão de gênero para a Saúde Coletiva, no intuito de romper com a visão essencialista (centrada no biológico) que predominava nas ações de saúde da mulher e na produção de conhecimento sobre reprodução e sexualidade. As autoras reforçam a existência do GT como um “importante aglutinador dos esforços de reflexão, da ação política e da produção acadêmica visando à incorporação e ao aprofundamento da perspectiva de gênero nas ações, teóricas e práticas, no campo da saúde coletiva” (p.169).

A produção científica de gênero no campo da Saúde Coletiva tem aumentado desde então e ARAÚJO et. al. (2011) apontam alguns fatores que contribuíram para esse crescimento: a natureza multidisciplinar e eminentemente política do campo, e a forte influência do feminismo na luta contra desigualdades e iniquidades de gênero e seu efeito na saúde, sobretudo na das mulheres.

KNAUTH e MACEDO (2005), em uma Oficina de Trabalho do GT Gênero e Saúde, realizada durante o III Congresso de CSHS, discutiram a incorporação da perspectiva de gênero nos trabalhos sobre práticas corporais e atenção e cuidado à saúde, entre os anos de 1995 e 2005, enfocando o recorte geracional. Os resultados mostraram que a maior parte dessa produção se inseria na área da Saúde Coletiva (51,4%), seguida pela

¹⁸ GT Gênero e Saúde da ABRASCO. Dados obtidos no site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva: <http://www.abrasco.org.br/grupos/g8.php> [acesso em maio de 2011]

área da Psicologia (19,6%) e pela Educação (19,6%). Com relação ao recorte geracional, observou-se que havia uma concentração de trabalhos sobre a fase adulta (31,8%), seguida de trabalhos sobre crianças (24,5%), idosos (23,6%), e adolescentes (19,1%). O estudo mostrou, ainda, que a perspectiva de gênero se distribuiu de forma diferenciada segundo a área do conhecimento, predominando na Saúde Coletiva (56,4%) e nas Ciências Humanas (60%). Observou-se que o uso da categoria gênero estava associado à fase adulta (91,4%) e que parte dos estudos sobre adolescentes também tendia a abordar as questões de gênero (23,8%). Entretanto, segundo as autoras, chama atenção à quase inexistência da perspectiva de gênero nos trabalhos sobre crianças e idosos, talvez porque essas fases da vida sejam percebidas como “ ‘sem’ ou ‘pouca’ atividade sexual”, sendo tratadas como ‘assexuadas e ageneradas’.

Dois estudos (VILLELA et. al. 2009; ARAÚJO et. al., 2011) analisaram a incorporação da categoria gênero na produção científica da Saúde Coletiva a partir dos anos 1990 e mostraram que, embora a incorporação do conceito seja crescente, ainda há estudos que reduzem gênero a sexo. Esses estudos revelaram também que o uso de gênero como uma categoria analítica está presente, principalmente, em trabalhos qualitativos concentrados na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

E é a partir da relevância das Ciências Sociais e Humanas e da perspectiva de gênero nos estudos no campo da Saúde Coletiva, que a presente pesquisa se propôs a analisar a produção científica com enfoque nas relações de gênero nos Congressos da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

3 - OBJETIVO

A presente pesquisa analisou os trabalhos com enfoque nas relações de gênero nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, promovidos pela ABRASCO, no período de 1995 a 2011, apresentados sob a forma de resumos em Anais.

O objetivo do estudo foi traçar o panorama da produção com enfoque nas relações de gênero nos Congressos, considerando os seguintes aspectos: informações sobre os resumos (tipo de estudo e abordagem metodológica); perfil das autorias e das instituições de origem; populações estudadas e os temas abordados.

4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Ciência se faz com teoria e método. Teoria é uma espécie de grade ou de janela através da qual o cientista olha para a realidade que investiga. Isto quer dizer que ninguém consegue investigar um problema olhando-o diretamente, como se houvesse possibilidade de compreendê-lo e explicá-lo em si mesmo (MINAYO, 2003, p.17).

Considerando os objetivos propostos pela pesquisa, ela pode ser caracterizada como um estudo descritivo, que tem como objetivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2007). Neste caso, a população ou fenômeno corresponde aos Congressos de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO.

Os congressos são encontros científicos que possibilitam a divulgação da produção científica, de difusão de conhecimentos e de troca de experiências. BELISÁRIO (2006) ressalta que uma instituição com as características da ABRASCO tem nesses eventos, além dos componentes apontados acima, momentos de tensões, de demonstração de especificidades, de proposições políticas, pelo fato de seus congressos se constituírem como fóruns de dimensão nacional e até mesmo internacional de discussão e de formulação de políticas de saúde. Além disso, a associação estimula a produção de trabalhos científicos que também tenham como base as experiências práticas dos serviços de saúde e isso é constatado por meio do crescente número de trabalhos apresentados, provenientes de diversos setores da atenção à saúde. Analisar os congressos constitui uma importante fonte de entendimento da dinâmica da associação e de suas áreas científicas, de sua crescente legitimidade e de seu poder de representação.

ARAÚJO et. al. (2011) também ressaltam a importância de se analisar a produção dos congressos como indicação de tendência, uma vez que esses eventos “são mais sensíveis a uma cartografia do conjunto de trabalhos que os distintos pesquisadores da área estão realizando”. Por sua vez, VILLELA et. al. (2009) chamam atenção para a análise dos anais dos congressos da área, visto que nesse tipo de material, podem ser encontrados relatos de experiências voltados para a valorização das práticas em serviços de saúde.

Nesse sentido, os anais são fontes importantes e podem ser considerados como um dos produtos principais dos Congressos. A presente pesquisa utilizou como fonte de dados os Anais dos cinco Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, para traçar o estado da arte da produção com enfoque nas relações de gênero dentro desses eventos. Trata-se assim de uma pesquisa bibliográfica, uma vez que esses registros são fontes secundárias (MARCONI e LAKATOS, 2010).

FERREIRA (2002) relata que o pesquisador ao trabalhar com resumos de trabalho para traçar o estado da arte, vivencia dois momentos distintos. No primeiro momento: o pesquisador quantifica e identifica os dados bibliográficos, com o objetivo de mapear a produção, delimitando período, locais e áreas de produção. Nesse momento, o pesquisador pode visualizar “uma narrativa da produção acadêmica” e é possível perceber como as pesquisas evoluem, a dinâmica dos sujeitos e das forças envolvidas, a diversificação dos locais de produção, dentre outros aspectos. Já no segundo momento, o pesquisador analisa a possibilidade de inventariar a produção selecionada e idealiza “as tendências, ênfases, escolhas metodológicas e teóricas, aproximando ou diferenciando trabalhos entre si, na escrita de uma história de uma determinada área do conhecimento” (FERREIRA, 2002, p.265).

ROMANOWSKI e ENS (2006) elencam como procedimentos necessários para a realização de uma pesquisa do tipo “estado da arte”:

- A definição dos descritores para direcionar as buscas a serem realizadas;
- A localização dos bancos de pesquisas que possam proporcionar o acesso ao material;
- O estabelecimento de critérios para a seleção do material que compõe o *corpus* do estado da arte;
- A coleta do material de pesquisa;
- A leitura desse material com elaboração de síntese preliminar, considerando o tema, os objetivos, as problemáticas, metodologias, conclusões, e a relação entre o pesquisador e a área;
- A organização e a sistematização das sínteses, identificando as tendências dos temas abordados;
- A análise e a elaboração das conclusões preliminares.

4.1 - Seleção dos resumos

Inicialmente, foram selecionados os resumos presentes nos eixos temáticos de gênero de cada congresso (Quadro 2). Em seguida, considerando a forma de disponibilização, foram localizados os trabalhos dos demais eixos temáticos¹⁹ (Anexo 1).

¹⁹ Nos Anais de cada evento, os resumos foram organizados com nomenclaturas diferenciadas. Nos I e II Congressos, os trabalhos foram agrupados em comunicações coordenadas e pôsteres sobre um mesmo tema. Nos III e IV Congressos, os trabalhos foram divididos em eixos temáticos e dentro desses, havia subeixos denominados como temas. No V Congresso, os trabalhos estão organizados em grupos temáticos. No intuito de facilitar o entendimento dos trabalhos, utilizou-se uma nomenclatura única – eixo temático.

Quadro 2 - Os Eixos Temáticos de Gênero nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, 1995 - 2011.

Congresso	Nome do Eixo Temático de Gênero	Número de trabalhos*
I	CC.10 - Gênero, Concepção de Saúde e Reprodução Humana	5
	CC.26 - Gênero e Violência	5
II	CC.07 - Gênero e Saúde	10
III	Eixo IV - Tema 3 - Gênero e Trabalho em Saúde	20
	Eixo V - Tema 3 - Gênero, Sexualidade e Saúde	111
IV	B.6 - Gênero, Sexualidade e Saúde	180
V	GT 8 - Gênero, Sexualidade e Saúde	56
	GT 13 - Masculinidade, Saúde e Produção de Cuidado	36
	GT 17 - Práticas de Saúde, AIDS, Gênero e Discriminação	49
	GT 21 - Violência de Gênero e Saúde	64

Nota: * Esses valores correspondem a todos os trabalhos publicados nos eixos, porém só foram selecionados aqueles que atendiam aos critérios de seleção estabelecidos.

Os Anais do I e II Congressos estavam disponíveis somente na forma impressa, o levantamento dos trabalhos desses congressos foi feito por meio da leitura de todos os resumos. Com relação aos III, IV e V Congressos, nos quais os resumos encontravam-se disponibilizados em *CD-ROM*, foi feita a busca ativa, por meio das palavras-chaves contidas no título ou no corpo do texto. As palavras chaves utilizadas na busca foram: Gênero/ Feminismo/ Mulher(es)/ Feminilidade/ Masculinidade/ Feminina(o)/ Masculina(o)/ Homem(ens)/ Transexual(ais), escolhidas a partir dos descritores de saúde

(DECS)²⁰. Também foram utilizadas as palavras correspondentes em inglês²¹ e espanhol²².

A partir do conjunto de resumos identificados, foram excluídos os trabalhos que apresentavam as seguintes características: os que se repetiam, aqueles que utilizavam gênero como substituto de sexo e aqueles relativos a mulheres ou a homens, que não problematizam as relações de gênero.

Foram, então, considerados com enfoque nas relações de gênero, os resumos dos trabalhos que: apresentavam a explicitação das autoras e dos autores sobre o uso do referencial ou da categoria de gênero (nesse grupo também se incluem os que trabalhavam com o conceito de masculinidade hegemônica e identidade subversiva); os que problematizavam as desigualdades de gênero, mesmo sem explicitarem o uso do referencial teórico, e alguns estudos que traziam temas relacionados com a questão de gênero, como por exemplo: aborto e violência contra a mulher, mas que nem sempre explicitavam o uso do referencial.

²⁰ A busca de trabalhos nos *cds-rom* se deu por palavras que existam no título ou no texto. Por isso, foram selecionadas palavras que fizessem parte dos descritores (DECS) e não o termo inteiro. Exemplo: o descritor de “gênero” é “Identidade de Gênero”, então na busca foi utilizada apenas a palavra “gênero”. No caso da palavra chave transexual, que não decorreu de DECS, essa foi utilizada por conta de alguns trabalhos com esse público encontrados no eixo de gênero e que não possuíam as palavras-chaves anteriores.

²¹ Gender / Feminism / Woman (Women) / Femininity / Masculinity / Female / Male/ Man (Men)

²² Género / Feminismo/ Mujer(es)/ Feminidad / Masculinidad / Femenino / Masculino/ Hombre(s)

4.2 - Análise dos dados

4.2.1 - O conjunto de variáveis

Os trabalhos selecionados foram compilados em um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel* e processados pelo *Stata (Data Analysis and Statistical Software)*, considerando um conjunto de variáveis definidas a partir daquelas já existentes nos estudos de produção da área (KNAUTH e MACEDO, 2005; VILLELA et. al., 2009; CANESQUI, 2010; ARAÚJO et. al., 2011; IANNI et. al., 2012) e do próprio material de análise.

As variáveis foram divididas em três grupos. Um primeiro, que agrupou as informações referentes à pesquisa propriamente dita, o segundo agrupou as informações referentes ao perfil da autoria e o terceiro, as variáveis de caracterização das populações estudadas. Sendo assim:

As variáveis referentes às pesquisas levaram em conta:

- Se o resumo pertencia ao eixo temático de gênero designado pelo Congresso;
- A indicação de financiamento da pesquisa;
- O tipo de estudo: resumo de pesquisa ou relato de experiência;
- No caso de resumo de pesquisa, qual a abordagem metodológica utilizada: quantitativa, qualitativa, quanti-quali ou teórico/revisão bibliográfica.

As variáveis referentes à autoria do trabalho foram:

- Número de autoras e autores;
- Sexo das/os autoras/es e da/o primeira/o autora/autor;
- Instituição de origem dos trabalhos;
- Estado e Região da instituição de origem (no caso, de instituições estrangeiras, foi identificado o país);
- Tipo de Instituição: universidade (pública ou privada), serviço de saúde (público ou privado) ou Terceiro Setor (Organização não Governamental - ONG ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP).

Quanto às populações estudadas, foram considerados os seguintes aspectos:

- Sexo/gênero (mulheres, homens, ambos e transgêneros/transexuais/travestis²³);
- Faixa geracional (crianças; adolescentes/jovens²⁴; adultas/os e idosas/os²⁵);

²³ A Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) define os termos transgêneros/transexuais e travestis como:

Transgênero: terminologia utilizada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros. São pessoas cuja identidade de gênero transcende as definições convencionais de sexualidade.

Travesti: pessoa que nasce do sexo masculino ou feminino, mas que tem sua identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico, assumindo papéis de gênero diferentes daquele imposto pela sociedade. Muitas travestis modificam seus corpos, porém, vale ressaltar que isso não é regra para todas. Diferentemente das transexuais, as travestis não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual (mudança de órgão genital).

Transexual: pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento. Homens e mulheres transexuais podem manifestar o desejo de se submeterem a intervenções médico-cirúrgicas para realizarem a adequação dos seus atributos físicos de nascença (inclusive genitais) a sua identidade de gênero constituída.

Fonte: <http://www.grupodignidade.org.br/blog/arquivos/manual-comunicacao-lgbt.pdf> [acesso em janeiro de 2013]

²⁴ O Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial da Saúde, considera a adolescência como a etapa que compreende os indivíduos entre 10 e 19 anos. E a juventude, a etapa entre 15 e 24 anos.

Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.swf> [acesso em julho de 2012]

- Profissionais e/ou usuárias/os dos serviços de saúde;
- Estratificação social (estratificação econômica);
- Recorte étnico-racial;
- Pertencimento a algum grupo específico: moradoras/es de rua, usuárias/os de drogas, população com HIV/Aids, profissionais do sexo, participantes de movimentos sociais, presidiárias/os e população LGBT.

4.2.2 - Análise segundo as áreas temáticas

Neste segundo segmento da análise, os resumos, de acordo com os assuntos abordados, foram agrupados em oito áreas temáticas²⁶: Sexualidade e/ou Reprodução; Saúde e Doença; Violência; Trabalho, profissões e formação profissional; Masculinidades e Saúde dos Homens; Direitos à Saúde; Corpo e Identidades e Outras.

4.3 - Aspectos éticos

O presente estudo por se tratar de uma bibliográfica não necessitou de parecer do Comitê de Ética, conforme declaração apresentada no Anexo 2.

²⁵ Segundo a OMS, a população idosa, compreende os indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Fonte: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf> [acesso em julho de 2012]

²⁶ Os nomes das áreas temáticas foram definidos a partir dos conteúdos e de alguns estudos de revisão da área: VILLELA et. al., 2009; CANESQUI, 2010 e ARAÚJO et. al., 2011.

5 - A PRODUÇÃO COM ENFOQUE NAS RELAÇÕES DE GÊNERO NOS CONGRESSOS BRASILEIROS DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE DA ABRASCO

Neste capítulo, é apresentado o panorama da produção com enfoque nas relações de gênero nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, a partir dos dados quantitativos agrupados em três segmentos: informações sobre os resumos, sobre as autorias e sobre as populações estudadas.

O número total de trabalhos publicados nos Anais dos cinco congressos corresponde a 7517, sendo o total de resumos por Congresso, bem variado (Tabela 1). Nos I e II Congressos, que contavam apenas com as Ciências Sociais (Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde), o número de resumos foi de 398 e 437, respectivamente.

A partir do III Congresso, incorporaram-se as Ciências Humanas (Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde) e houve um aumento expressivo de trabalhos, sendo o maior número de trabalhos publicados no IV Congresso (n=3168) pelo fato dele ter ocorrido juntamente a outros dois Congressos (X Congresso Latino-americano de Medicina Social e o XIV *Congress of The International Association of Health Policy*).

No V Congresso, houve uma diminuição do número total de resumos, que segundo IANNI et.al. (2012)²⁷, deve-se em parte a uma decisão da

²⁷ O projeto de pesquisa intitulado “Questões Contemporâneas nas Ciências Sociais em Saúde: O Estudo de Temas Emergentes nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO 1995-2007” (IANNI et. al., 2012) incorporou o V Congresso na sua análise, uma vez que este ocorreu durante o período de andamento do referido projeto.

Comissão Organizadora do evento, que optou por um modelo de congresso menor com o objetivo de “aglutinar os congressistas a fim de aproximá-los, resultando em menor quantidade de atividades que permitissem maior aprofundamento da discussão dos temas e questões em pauta” (p.29).

Os trabalhos que contemplavam as relações de gênero corresponderam a 489 do total, ou seja, 6,5% do total de resumos publicados e foram identificados segundo os critérios de seleção explicitados na metodologia (Tabela 1).

Tabela 1- Número e proporção de trabalhos científicos totais e os com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, 1995-2011.

Congresso	Trabalhos de Gênero		Total de trabalhos	
	N	%	N	%
I	20	5,0	398	100,0
II	34	7,8	437	100,0
III	131	6,4	2032	100,0
IV	141	4,4	3168	100,0
V	163	10,9	1482	100,0
Total	489	6,5	7517	100,0

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, a porcentagem de trabalhos com enfoque nas relações de gênero ao longo dos cinco congressos, variou entre 4,4% e 10,9%, sendo a menor proporção dos trabalhos em relação ao total de resumos de eventos encontrada no IV Congresso. Este foi o congresso com o maior número total de trabalhos e o segundo em número de trabalhos publicados no eixo de gênero (B.6 - Gênero, Sexualidade e Saúde). Uma parte desses resumos não foi selecionada, ou porque utilizava gênero como substituto de sexo, ou por

tratar apenas de sexualidade sem contemplar as relações de gênero ou por apresentar repetição do trabalho, mesmo assim foi o segundo congresso com maior número absoluto de trabalhos.

O V Congresso apresentou a maior proporção de trabalhos com enfoque nas relações de gênero, tanto com relação ao total de trabalhos publicados no evento (10,9%), quanto com relação ao total de trabalhos com enfoque nas relações de gênero (33%), vide Gráfico 1. Na análise do número absoluto de trabalhos em cada congresso, verificou-se um crescimento destes, de 20 resumos no I Congresso passaram a 163 no V.

Gráfico 1 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o total de trabalhos analisados, 1995-2011.

Esses dados mostram que o número de trabalhos com enfoque nas relações de gênero cresceu ao longo dos Congressos. Esse aumento deveu-

se em parte à expansão do próprio evento e da conquista de espaço da temática dentro da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e da ABRASCO. Como já citado, a inserção da temática de gênero nos espaços da Saúde Coletiva foi marcada por resistências, como demonstrou TEIXEIRA (2010), as pesquisadoras tiveram dificuldades em inserir mesas temáticas de gênero e saúde nos eventos do campo na década de 1990, na qual os estudos de gênero/relações de gênero encontravam-se em processo de consolidação.

Ressalta-se ainda que a proporção desses estudos nos Congressos de CSHS (6,5%) foi maior que a encontrada na análise dos congressos e periódicos do campo da Saúde Coletiva (3,3%) por ARAÚJO et. al. (2011), o que reafirma uma maior utilização da perspectiva relacional de gênero na produção da área das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Por outro lado, ao comparar a porcentagem de trabalhos selecionados nesta pesquisa com a de profissionais que relataram trabalhar com a temática, 29,2% na pesquisa de NUNES (2006a), conclui-se que o número de trabalhos ainda é pequeno. Esse fato também pode estar associado às temáticas privilegiadas pelo Congresso, TRAD (2012), ao se debruçar sobre a produção do V Congresso, a partir de sua posição de coordenadora da Comissão Nacional de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, chamou atenção para o número de grupos temáticos sobre gênero nesse evento, que foram quatro, sendo que o número de propostas era de seis.

5.1 - Informações sobre os resumos selecionados

Quanto às informações sobre os resumos, foi verificado se ele pertencia ao eixo temático de gênero designado pelo Congresso; o tipo de estudo; a abordagem metodológica utilizada e se havia indicação de financiamento.

Observou-se que 65,8% dos trabalhos (n= 322) com enfoque nas relações de gênero foram publicados nos eixos temáticos de gênero, segundo a designação em cada evento, porém essa proporção variou entre os congressos, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2- Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o pertencimento ao eixo de gênero, 1995-2011.

Eixo de gênero	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	6	30,0	9	26,5	90	68,7	93	66,0	124	76,1	322	65,8
Não	14	70,0	25	73,5	41	31,3	48	34,0	39	23,9	167	34,2
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

No I Congresso, 30% dos trabalhos (n= 6) foram apresentados nas comunicações coordenadas destinada ao tema gênero: “CC10 - Gênero, Concepção de Saúde e Reprodução Humana” e “CC26 - Gênero e Violência”. Os demais resumos foram publicados em outras áreas temáticas, como: as abordagens das ciências sociais sobre doenças; a percepção

sobre o corpo, a sexualidade e o direito reprodutivo; a educação e a violência.

No II Congresso, das 24 comunicações coordenadas, havia uma específica de gênero, a “CC.07 - Gênero e Saúde”, na qual foram selecionados nove dos trabalhos. Os demais resumos foram encontrados em comunicações sobre diversas temáticas: cidadania e exclusão, racionalidades médicas, construção social de saúde e doença, morbimortalidade, trabalho, educação em saúde e comunicação.

No III Congresso houve uma inversão da proporção dos trabalhos publicados nos eixos específicos de gênero: 68,7% dos trabalhos (n= 90) estavam agrupados nos subeixos “Gênero e Trabalho em Saúde” e “Gênero, Sexualidade e Saúde”, pertencentes, respectivamente aos eixos “Trabalho, Profissões e Formação Profissional” e “Subjetividade, Corpo e Pessoa”. Os demais resumos, que corresponderam a 31,3% dos trabalhos com enfoque nas relações de gênero (n= 41) desse congresso, foram apresentados nos eixos: “Sociedade Civil, Movimentos Sociais e Cultura”; “Ciência, Saber e Tecnologia”; “Práticas Corporais, Atenção e Cuidado à Saúde” e em outros temas dos eixos “Trabalho, Profissões e Formação Profissional” e “Subjetividade, Corpo e Pessoa”.

No IV Congresso, 66% dos trabalhos com enfoque nas relações de gênero pertenciam ao eixo “Gênero, Sexualidade e Saúde”. Os demais pertenciam aos demais eixos existentes no evento²⁸.

O V Congresso foi o evento com maior proporção de trabalhos (76,1%) presentes nos quatro eixos de gênero existentes (“GT 8 - Gênero, Sexualidade e Saúde”; “GT 13 - Masculinidade, Saúde e Produção de Cuidado”, “GT 17 - Práticas de Saúde, AIDS, Gênero e Discriminação” e “GT 21 - Violência de Gênero e Saúde”). Os outros 39 trabalhos (23,9%) estavam

²⁸ Os resumos, localizados por palavras-chaves no IV Congresso, não explicitavam o eixo/subeixo ao qual pertenciam, por isso na análise dos trabalhos desse evento, esses demais eixos não foram citados.

nos eixos denominados: a Política Brasileira de Atenção à Saúde Indígena; Narrativas e Experiência de Saúde, Adoecimento e Cuidado; Ciências Sociais e Saúde em Perspectiva Histórica; Corpo, Subjetividade e Saúde; Integralidade, Mediações Sociais e Justiça na Demanda por Cuidado em Saúde; Sociologia do Campo da Análise de Políticas Públicas e de Saúde no Brasil; Etnografias nos Serviços de Saúde; Família Contemporânea e Saúde: Sentidos, Relações e Práticas Sócio-Sanitárias; Movimentos Sociais e Educação Popular em Saúde; Perspectivas Teóricas nos Estudos Sociais Sobre Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; e Saberes e Práticas Biomédicas e a Produção de Identidades.

O que se percebe ao longo dos cinco congressos, é que na medida em que os eixos temáticos de gênero, designados pelos Congressos, se ampliaram, os trabalhos que antes eram publicados fora desses, passaram a integrá-los. Os eixos passaram a agrupar um número maior de trabalhos, como também outros assuntos além dos tradicionais – reprodução, sexualidade e violência. Verificou-se, também, o aparecimento de trabalhos que não tinham como foco principal as relações de gênero, porém utilizavam a perspectiva como um dos eixos de análise, às vezes por conta dos resultados encontrados na pesquisa.

Quanto ao tipo de estudo (Tabela 3), os resumos de pesquisa sobressaíram-se em relação aos relatos de experiência, correspondendo a 90,6% do universo analisado. Os relatos de experiências com enfoque nas relações de gênero apareceram a partir do III Congresso, na proporção de 9,4% dos trabalhos publicados.

Tabela 3 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o tipo de estudo, 1995 - 2011.

Tipo de estudo	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resumo de pesquisa	20	100,0	34	100,0	117	89,3	126	89,4	146	89,6	443	90,6
Relato de experiência	0	0,0	0	0,0	14	10,7	15	10,6	17	10,4	46	9,4
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

A presença dos relatos é importante tanto para a valorização das práticas em serviços de saúde, como destacam VILLELA et. al. (2009), bem como para verificar a contribuição das Ciências Sociais e Humanas na prática dos serviços, que LUZ (2011) considera ser tão importante quanto o próprio 'olhar disciplinar centrado na compreensão e na interpretação dos fenômenos socioculturais ligados à saúde e ao adoecimento' e que não é reconhecido institucionalmente no campo da Saúde:

Mas talvez tão importante quanto a contribuição especificamente acadêmica tem sido a mutação do "olhar disciplinar" que as ciências humanas e sociais têm provocado na *práxis* do campo das profissões de saúde, isto é, no agir cotidiano dos profissionais da área. De fato, a incorporação, na prática desses profissionais, de instrumentos de apreensão e interpretação de questões postas pela atenção à saúde e pelo suscitador diário de problemas institucionais relativos ao campo, que as disciplinas originárias de formação não têm como equacionar nem solucionar, tem posto em relevância uma contribuição de "tecnologia social" neste *agir*, embora ainda sem um reconhecimento institucional consequente do campo da saúde (LUZ, 2011, p.26-27).

No que se refere à metodologia adotada nos resumos de pesquisa (Tabela 4), confirmando o que já se esperava, houve a predominância de trabalhos com abordagem metodológica qualitativa, uma vez que esse tipo de abordagem é uma das contribuições mais relevantes das Ciências Sociais e Humanas para a compreensão dos aspectos socioculturais do processo saúde-doença.

Tabela 4 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a abordagem metodológica, 1995 - 2011.

Metodologia	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quantitativa	3	15	6	17,6	17	14,5	21	16,7	27	18,5	74	16,7
Qualitativa	11	55	21	61,8	82	70,1	84	66,7	105	71,9	303	68,4
Quanti-Quali	1	5	3	8,8	5	4,3	7	5,6	6	4,1	22	4,9
Teórico/ Revisão	3	15	3	8,8	11	9,4	5	3,9	7	4,8	29	6,5
Não identificada	2	10	1	2,9	2	1,7	9	7,1	1	0,7	15	3,4
Total	20	100	34	100	117	100	126	100	146	100	443	100

A abordagem qualitativa foi utilizada em 68,4% das investigações (n=303), sendo seguida pela abordagem quantitativa (16,7%). Os trabalhos de natureza teórica ou resultantes de levantamentos bibliográficos compuseram 6,5% das pesquisas. A abordagem quanti-quali, só foi observada em 4,9% dos trabalhos. É importante ressaltar que quanto à metodologia utilizada nos estudos, foi considerada a declarada pelas autoras e pelos autores, e na ausência dessa explicitação, a metodologia foi identificada pela pesquisadora através do desenho da pesquisa e da análise dos dados presentes no resumo. No entanto, não foi possível, identificar a metodologia utilizada em 15 trabalhos (3,4%).

Os estudos de AQUINO (2006), VILLELA et.al. (2009) e ARAÚJO et.al. (2011), que analisaram a produção de gênero e Saúde/Saúde Coletiva, também demonstraram que na área das Ciências Sociais e Humanas em Saúde houve o predomínio dos estudos qualitativos e teóricos.

Quanto à fonte de financiamento, apenas 25 resumos (5,1%) indicaram as agências de fomento que financiavam o projeto (Gráfico 2). O

Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e Científico (CNPq) foi apontado como a única agência de fomento do projeto em dez pesquisas e apareceu em conjunto com outras agências em oito outros trabalhos. Outras fontes de financiamento citadas foram: Fundações de Amparo à Pesquisa de alguns estados (FABESB, FAPERJ e FAPESP), Fundação Ford, Ministério da Saúde (MS), Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA), *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM) e Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (PROSARE/CCR/CEBRAP).

Gráfico 2 - Número de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a fonte de financiamento, 1995 - 2011.

A Fundação Ford teve um papel importante na consolidação dos estudos de gênero no Brasil, o próprio GT Gênero e Saúde da ABRASCO

contou com o apoio financeiro dessa instituição nos primeiros anos de funcionamento. AQUINO (2006) também ressalta que, recentemente, os editais lançados pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde têm propiciado a ampliação e a legitimação da produção científica sobre gênero e saúde.

A fonte de financiamento pode indicar a presença e predominância de certas temáticas, instituições e estados. Como foram poucos os trabalhos que indicaram o financiamento da pesquisa, optou-se por discutir essas questões na descrição do perfil das autorias, das instituições de origem dos trabalhos e das temáticas abordadas.

5.2 - O perfil das autorias e das instituições de origem dos resumos

A quantidade de autoras e autores variou entre um(a) até dezesseis autores/as por resumo (Tabela 5). No geral, prevaleceram os trabalhos com autoria dupla (35,2%), seguidos pelos de autoria única (22,9%), refletindo um certo padrão da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

CAMARGO JR. et. al. (2010), em uma avaliação da produção intelectual em Saúde Coletiva, compararam o padrão de autorias entre as três subáreas (Epidemiologia, Planejamento e Ciências Sociais e Humanas em Saúde) e verificaram que, enquanto na Epidemiologia mais da metade dos artigos publicados eram de grupos com quatro ou mais autores, nas CSHS predominaram os estudos com um ou dois autores.

Tabela 5 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o número de autoras e autores, 1995 – 2011.

Nº de autoras/es	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	7	35,0	13	38,2	11	8,4	45	31,9	36	22,1	112	22,9
2	4	20,0	15	44,1	50	38,2	39	27,7	64	39,3	172	35,2
3	4	20,0	4	11,8	28	21,4	19	13,5	21	12,9	76	15,5
4	0	0,0	1	2,9	16	12,2	8	5,7	22	13,5	47	9,6
5 ou mais	5	25,0	1	2,9	26	19,9	30	21,3	20	12,3	82	16,8
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

A autoria feminina é uma marca dos estudos de gênero, uma vez que sua origem está ligada aos movimentos feministas. NASCIMENTO (2011), ao analisar o perfil das/os profissionais da área de CSHS (formação específica em antropologia, sociologia, ciências política ou ciências sociais), verificou que 65% eram do sexo feminino.

O perfil da autoria dos trabalhos dos Congressos refletiu as características das/os pesquisadores da área de CSHS e dos estudos de gênero: 64,3% dos trabalhos selecionados eram de grupos exclusivamente femininos (Tabela 6). Os grupos de autoria de ambos os sexos compuseram 31,2% do universo estudado, sendo que nesses grupos, a primeira autoria era feminina em 76,3% deles (Tabela 7).

Tabela 6 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o sexo da autoria, 1995 - 2011.

Sexo	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	15	75,0	25	75,8	73	56,1	99	70,2	101	62,0	313	64,3
Masculino	1	5,0	1	3,0	4	3,1	6	4,3	10	6,1	22	4,5
Ambos	4	20,0	7	21,2	53	40,8	36	25,5	52	31,9	152	31,2
Total	20	100	33	100	130	100	141	100	163	100	487	100

Nota: Nesses cálculos, não foram incluídos dois trabalhos em que não foi possível identificar o sexo da autoria.

Tabela 7 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a primeira autoria dos trabalhos com autoria mista, 1995 - 2011.

Sexo da autoria	Sexo da primeira autoria					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ambos	116	76,3	36	23,7	152	100

Ao longo dos congressos, percebe-se um decréscimo dos trabalhos de autoria exclusivamente feminina e um aumento das autorias mistas. A porcentagem de autorias exclusivamente masculinas manteve-se pequena, variando entre três e seis por cento. A presença dos pesquisadores de sexo masculino ocorreu principalmente nos grupos de autoria mista.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de AQUINO (2006) e ARAÚJO et. al. (2011), em que ambas analisaram a produção de gênero, respectivamente, na Saúde e na Saúde Coletiva. DINIZ e FOLTRAN (2004) ao investigarem a autoria dos artigos publicados na Revista Estudos Feministas, verificaram que 95% das autoras eram mulheres, e entre os poucos homens autores de artigos individuais, a proporção era de quatro estrangeiros para um brasileiro.

Na Tabela 8, encontram-se os dados referentes ao sexo da primeira autoria: as mulheres compuseram 88,3% do total, porém percebe-se que houve um aumento dos trabalhos de primeira autoria masculina ao longo dos congressos. No I Congresso, houve dois trabalhos com primeira autoria masculina (10%) e no V Congresso, 28 dos resumos (17,2%).

Tabela 8 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o sexo da primeira autoria, 1995 - 2011.

Sexo da 1ª autoria	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	18	90,0	30	90,9	116	88,5	132	93,6	135	82,8	431	88,3
Masculino	2	10,0	3	9,1	15	11,4	9	6,4	28	17,2	57	11,7
Total	20	100	33	100	131	100	141	100	163	100	488	100

Nota: Nesses cálculos, um trabalho não foi incluído, pois não se identificou o sexo da autoria

A primeira autoria pode ser uma indicação de coordenação do grupo de pesquisa, o que demonstraria que são as mulheres que lideram os estudos de gênero. No estudo de AQUINO (2006), 67,3% dos grupos

pesquisa de gênero e saúde eram liderados por mulheres. LETA (2003) ao analisar o diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq (sem diferenciação de áreas de conhecimentos), entre 1997 e 2002, mostrou que a coordenação desses grupos por mulheres tem aumentado, porém a predominância ainda é da coordenação masculina, que variou entre 59,3 e 62,7%.

Ao mesmo tempo em que os dados coletados podem indicar uma conquista de espaço pelas mulheres dentro da Academia, mesmo que em nichos específicos, por outro lado, podem ocultar a desigualdade entre mulheres e homens nas ciências. BARATA e GOLDBAUM (2003) ao traçarem o perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área de Saúde Coletiva verificaram que nas duas classes²⁹ iniciais de pesquisadores (2C e 2B), há o predomínio das mulheres, porém a partir da classe 1C, o predomínio é dos homens. Ou seja, as bolsas de produtividade com maior reconhecimento são de pesquisadores do sexo masculino.

Quanto aos países de origem das autoras, observou-se que 16 deles (3,3%) eram internacionais: sete do México, quatro da Argentina e, com um trabalho apenas, o Chile, a Colômbia, os Estados Unidos, a Espanha e a França. Desse total, catorze resumos foram apresentados no IV Congresso e dois no V.

Em relação aos trabalhos nacionais, segundo a distribuição de trabalhos da região da primeira instituição de origem dos trabalhos³⁰ (Tabela 9), verificou-se que a região Sudeste foi responsável por mais da metade

²⁹ As categorias do CNPq para bolsistas de produtividade são: 2, 1 D, 1 C, 1 B, 1 A e sênior. O pesquisador 2 é aquele que apresenta, no mínimo, dois anos de doutorado completo por ocasião da análise da proposta pelo Comitê de Assessoramento; o pesquisador 1 possui no mínimo cinco anos de doutorado completo e o pesquisador sênior deve possuir no mínimo 15 anos de bolsa de produtividade científica na categoria 1, nível A ou B.

³⁰ Na análise da filiação institucional, como havia trabalhos em que todas as autoras pertenciam a uma mesma instituição e em outros, esse perfil variava, optou-se trabalhar pela ordem das instituições. Assim, em trabalhos em que a primeira autora e a segunda autora pertenciam a instituição X e a terceira, a instituição Y. A instituição X foi considerada como a primeira instituição e a Y, a segunda.

das publicações, sendo que no I Congresso respondeu por 80% dos resumos publicados. Em seguida aparecem, respectivamente, as regiões Nordeste (25%) e Sul (14,9%). A região Norte não teve trabalhos publicados nos I e II Congressos.

AQUINO (2006) mostrou que dos 131 grupos de pesquisas que tinham pelo menos uma linha de investigação sobre gênero e saúde no ano de 2005, 56,6% se encontravam na região Sudeste, 22,6% na região Nordeste e 17,0% na região Sul. Esses valores são bem próximos da porcentagem de trabalhos oriundos dessas regiões nos Congressos de CSHS (Tabela 9).

Tabela 9 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a região da primeira instituição de origem das autorias, 1995 - 2011.

Região	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro-Oeste	1	5,0	1	3,0	5	3,8	5	3,9	11	6,8	23	4,9
Nordeste	2	10,0	6	18,2	24	18,3	41	32,5	45	27,9	118	25,0
Norte	0	0,0	0	0,0	2	1,5	2	1,6	4	2,5	8	1,7
Sudeste	16	80,0	22	66,7	78	59,5	60	47,6	73	45,3	249	52,9
Sul	1	5,0	3	9,1	21	16,0	18	14,2	27	16,8	70	14,9
Mais de 1 região	0	0,0	1	3,	1	0,8	0	0,0	1	0,6	3	0,6
Total	20	100	33	100	131	100	126	100	161	100	471	100

Nota: Sobre a categoria "Mais de uma região": houve três trabalhos em que as autoras apresentaram vínculo com mais de uma instituição e essas eram de diferentes regiões: Norte e Sudeste (II Congresso) e Nordeste e Sudeste (III e V Congressos)

Considerando as regiões da segunda e da terceira instituições (Tabelas 10 e 11), a produção esteve dividida entre as regiões Sudeste, Nordeste e Sul; mantendo-se a liderança do Sudeste.

Tabela 10 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a região da segunda instituição de origem das autorias, 1995 - 2011.

Região	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nordeste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	3	17,6	5	17,9
Sudeste	1	100,0	1	100,0	2	100,0	4	57,1	9	52,9	17	60,7
Sul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	5	29,4	6	21,4
Total	1	100	1	100	2	100	7	100	17	100	28	100

Tabela 11 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a região da terceira instituição de origem das autorias, 1995 - 2011.

Região	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nordeste	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Sudeste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	66,7
Total	1	100	0	0	0	0	0	0	2	100	3	100

A tendência de liderança da região Sudeste no total de trabalhos publicados também foi verificada em outros estudos sobre gênero e sobre a

área da Saúde Coletiva (DINIZ e FOLTRAN, 2004; AQUINO, 2006; ARAÚJO et. al., 2011; IANNI et. al., 2012). DINIZ e FOLTRAN (2004), ao analisarem a Revista Estudos Feministas, dizem que essa distribuição tão desigual entre regiões e instituições pode estar associada a uma má-distribuição dos incentivos à pesquisa no país. YAMAMOTO (2000) revelou em uma análise sobre o financiamento em pesquisas no Brasil, que 63% do total dos recursos do edital 01/2000 do CNPQ foram destinados aos pesquisadores da região Sudeste, sendo que o estado do Rio de Janeiro recebeu 34,5% do total do edital. Dados semelhantes também foram encontrados na pesquisa de BARROS (2000) e NASCIMENTO (2011).

NASCIMENTO (2011) refere que a distribuição geográfica da ciência no Brasil é assimétrica e reflete a distribuição de conhecimentos e de investimentos. Segundo essa autora, e os anteriores anteriormente citados, os investimentos públicos federais foram e são destinados para as regiões Sudeste e Sul, áreas mais desenvolvidas economicamente, com maior infraestrutura e índices elevados de mão-de-obra qualificada.

A análise dos dados de cada uma das regiões e seus respectivos estados (Tabela 12) revelou que a produção se concentrou em alguns deles.

Na região Centro-Oeste, os resumos provieram principalmente do Distrito Federal (39,1%), porém a produção do Mato Grosso do Sul (26,1%) e do Mato Grosso (21,7%) também foram expressivas dentro desse conjunto.

A região Norte, região aquela com menor número de publicações no conjunto dos cinco congressos, teve sua produção distribuída em cinco dos seus sete estados, sendo o Acre responsável por três das oito publicações da região.

Tabela 12 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo os estados de cada região, 1995 - 2011.

Centro Oeste			Norte		
Estado	N	%	Estado	N	%
DF	9	39,1	PA	2	25,0
GO	3	13,0	AC	3	37,5
MS	6	26,1	AM	1	12,5
MT	5	21,7	AP	1	12,5
Total	23	100	RO	1	12,5
			Total	8	100

Nordeste		
Estado	N	%
AL	3	2,5
BA	50	42,4
CE	8	6,8
MA	1	0,8
PB	10	8,5
PE	39	33,0
PI	1	0,8
RN	5	4,2
SE	1	0,8
Total	118	100

Região Sul			Região Sudeste		
Estado	N	%	Estado	N	%
PR	5	10,2	ES	1	0,4
RS	26	53,1	RJ	147	54,8
SC	18	36,7	SP	99	36,9
Total	49	100	MG	21	7,8
			Total	268	100

As maiores desigualdades entre estados de uma mesma região foram encontradas nas três regiões com o maior número de publicações por

Congresso. No Nordeste, os estados da Bahia e de Pernambuco foram os responsáveis por 75,4% dos trabalhos apresentados. No Sudeste, 91,7% dos resumos eram de instituições localizadas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. E, por fim, a produção do Sul se concentra nos estados do Rio Grande do Sul (53,1%) e de Santa Catarina (36,7%).

Os resultados demonstraram que 76,5% da produção com enfoque nas relações de gênero eram de instituições de cinco estados (Tabela 13): Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, sendo que o eixo Rio - São Paulo foi responsável por 52% dessa produção. Interessante observar que a proporção de trabalhos desses dois estados diminuiu ao longo dos congressos, na medida em que outros estados também passaram a participar e apresentar trabalhos com enfoque nas relações de gênero, porém o crescimento ocorreu principalmente em estados da Região Nordeste.

Tabela 13 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo os estados brasileiros, 1995 - 2011.

Estado	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BA	1	5,0	2	5,9	9	6,9	20	15,7	19	11,8	51	10,8
PE	1	5,0	5	14,7	10	7,6	16	12,6	7	4,3	39	8,2
RJ	8	40,0	11	32,3	51	38,9	36	28,3	41	25,5	147	31,1
RS	0	0,0	0	0,0	10	7,6	7	5,5	9	5,6	26	5,5
SP	8	40,0	9	26,5	26	19,8	24	18,9	32	19,9	99	20,9
Outros	2	10,0	7	20,6	25	19,1	24	18,9	53	32,9	111	23,5
Total	20	100	34	100	131	100	127	100	161	100	473	100

Considerando os cinco estados com maior produção, as instituições³¹ de origem dos trabalhos também foram investigadas. Começando pelo estado com o maior número de trabalhos com enfoque nas relações de gênero dentro dos Congressos de Ciências Sociais e Humanas da ABRASCO, a produção do Rio de Janeiro provém de mais de 13 instituições (Gráfico 3)³², mas foram apenas três aquelas que concentraram o maior número dos resumos: a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (28,1%), a Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ³³ (28,1%) e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ (27,4%).

O estado de São Paulo compareceu com o maior número de instituições envolvidas, porém a sua produção concentrou-se na Universidade de São Paulo- USP³⁴ (44,4%), na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (14,1%) e nas Secretarias de Saúde (11,1%), conforme o Gráfico 4³⁵.

³¹ Nessa análise, considerou-se a primeira instituição.

³² Parte dos trabalhos trazia também as unidades/ departamentos / núcleos aos quais as autoras pertenciam dentro das instituições. No caso das três instituições com maior produção, as unidades que apareceram foram:

FIOCRUZ: COC, ENSP, IFF, ICICT e IOC

UFRJ: ESS, FM, IESC, IFCS e IP.

UERJ: FSS, IMS, INU e PPC.

³³ A proporção da UFRJ é maior se considerarmos, os dois trabalhos (1,35%) em que as autoras mantinham vínculo com a UFRJ e mais uma instituição.

³⁴ A proporção da USP é maior se considerarmos, os quatro trabalhos (4%) em que as autoras mantinham vínculo com a USP e mais uma instituição.

³⁵ Parte dos trabalhos trazia também as unidades/ departamentos / núcleos aos quais as autoras pertenciam dentro das instituições. No caso das três instituições com maior produção, as unidades que apareceram foram:

USP: EE, FFCLRP, FM, FSP e NEPAIDS.

UNIFESP: os trabalhos não especificaram as unidades.

Secretarias de Saúde: Programa de DST/Aids e CVS/SMS e IS/SES.

Gráfico 3 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado do Rio de Janeiro, 1995 - 2011.

Nota: Os trabalhos classificados na categoria "Mais de uma instituição", um era da UFRJ e do INCA/MS e outro da CEPIA e da UFRJ.

Gráfico 4 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado de São Paulo, 1995 - 2011.

Nota: Mais de uma instituição = UNIBAN e USP; USP/FFCLRP e UNIFRAN; UNIFRAN e FPM com um trabalho cada e USP e UNICID com dois trabalhos.

No estado da Bahia, das seis instituições identificadas nos Anais, destacaram-se duas³⁶, a Universidade Federal da Bahia - UFBA com 76,5% dos trabalhos publicados e a Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS com 13,7% (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado da Bahia, 1995 – 2011.

³⁶ Parte dos trabalhos trazia também as unidades/ departamentos / núcleos aos quais as autoras pertenciam dentro das instituições. No caso das duas instituições com maior produção, as unidades que apareceram foram:

UFBA: EE, EN, IMS-CAT e ISC.

UEFS: os trabalhos não especificaram as unidades.

As instituições³⁷ que mais produziram no estado de Pernambuco foram: a Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (42,5%), a ONG Instituto do Papai (15%), a Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco – UNIVASF (12,5%) e as Secretarias de Saúde³⁸ (12,5%), conforme demonstrado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado de Pernambuco, 1995 - 2011.

Nota: O trabalho classificado na categoria “Mais de uma instituição” era oriundo da Secretaria Estadual de Saúde e das Faculdades Integradas do Recife.

³⁷ Parte dos trabalhos trazia também as unidades/ departamentos / núcleos aos quais as autoras pertenciam dentro das instituições. No caso da UFPE, os núcleos citados foram: FAGES e NEPS.

³⁸ A proporção da Secretaria é maior se considerarmos um trabalho em que a autora mantinha vínculo com a Secretaria Estadual de Saúde e uma universidade.

A metade dos trabalhos (n=13) do estado Rio Grande do Sul, provinham da UFRGS, os demais eram de outras seis instituições especificadas no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo as instituições do estado de Rio Grande do Sul, 1995 - 2011.

Nota: O trabalho classificado na categoria “Mais de uma instituição” era da UFRGS e UNISINOS.

Os resultados revelaram que no conjunto dos cinco Congressos, houve o envolvimento de mais de 120 instituições diferentes, sendo que as se destacaram com o maior número de trabalhos foram: FIOCRUZ (9,2%), USP (9%), UFRJ (8,4%), UERJ (8,2%), UFBA (8%) e as Secretarias de Saúde (6,1%), conforme Tabela 14. Mesmo considerando a segunda e terceira instituições de origem dos trabalhos (Tabela 15), foram essas instituições que lideraram.

As instituições FIOCRUZ, USP, UERJ e UFBA, segundo AQUINO (2006), respondem por 45% dos grupos de pesquisa sobre gênero e saúde, além de sediarem os programas de pós-graduação em Saúde Coletiva mais bem avaliados da CAPES. NASCIMENTO (2011), ao pesquisar o local onde os cientistas sociais que trabalham no campo da Saúde Coletiva se titularam (mestrado ou doutorado), demonstrou que a maior parte obteve o título nas seguintes instituições: USP, UNICAMP, FIOCRUZ, UFRJ, UERJ E UFBA.

Tabela 14 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a primeira instituição de origem das autorias, 1995 - 2011.

1ª Instituição	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FIOCRUZ	2	10,0	6	17,7	12	9,2	11	7,8	14	8,6	45	9,2
Secretarias de Saúde	2	10,0	3	8,8	8	6,1	12	8,5	5	3,1	30	6,1
UERJ	2	10,0	2	5,9	19	14,5	7	5,0	10	6,1	40	8,2
UFRJ	3	15,0	2	5,9	11	8,4	12	8,5	13	8,0	41	8,4
UFBA	1	5,0	2	5,9	8	6,1	14	9,9	14	8,6	39	8,0
USP	4	20,0	4	11,8	10	7,6	9	6,4	17	10,4	44	9,0
Outras	6	30,0	15	44,1	63	48,1	76	53,9	90	55,2	250	51,0
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

Tabela 15 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a segunda e terceira instituições de origem das autorias, 1995 - 2011.

Instituição	2ª		3ª		Total	
	N	%	N	%	N	%
FIOCRUZ	8	9,8	1	6,2	9	9,2
Secretarias de saúde	7	8,5	1	6,2	8	8,2
UFBA	7	8,5	1	6,2	8	8,2
UFRJ	5	6,1	1	6,2	6	6,1
USP	3	3,7	2	12,5	5	5,1
Outras	52	63	10	62,5	62	63,3
Total	82	100	16	100	98	100

Quando se considerou a natureza das instituições de origem de todas/os as/os autoras/es de um mesmo resumo (Tabela 16), houve o predomínio das universidades com 77,3% (n=378) trabalhos, sendo 346 provenientes das universidades públicas. Estas, notoriamente, são responsáveis por grande parte da pesquisa científica no Brasil, o que não difere no campo da Saúde Coletiva e suas áreas.

Em segundo lugar, seguiram os trabalhos oriundos de parcerias entre instituições de diferentes naturezas – universidades, serviços e/ou terceiro setor – correspondendo a 11%. Considerando que a Saúde Coletiva emergiu do diálogo entre saber, prática e militância, esses trabalhos podem indicar o compromisso desse campo, o diálogo entre a universidade e os serviços de saúde, bem como com o terceiro setor, no qual estão inseridas as ONG.

Os trabalhos provenientes exclusivamente de serviços ou do terceiro setor, corresponderam, respectivamente, a 5,7% e a 2,4%. Destacam-se os trabalhos oriundos das secretarias de saúde dos diversos estados e

municípios brasileiros no que se referem aos serviços de saúde. As ONG, apesar de aparecer numa proporção bem pequena (2,4%), tiveram e têm um papel importante nos estudos de gênero e na formulação de políticas públicas com recorte de gênero no Brasil. Dentro dos estados com maior produção nos Congressos, o terceiro setor apareceu em três deles: RJ (Grupo pela Vidda, IBISS, IPAS BR e CEPIA)³⁹, SP (Fala Preta)⁴⁰ e PE (Instituto Papai e SOS Corpo - Gênero e Cidadania)⁴¹, sendo que neste último os resumos provenientes das ONG corresponderam a 17,5% do total da produção do estado.

³⁹ Grupo pela Vidda - fundado em 1989, é formado por pessoas com HIV e Aids, seus amigos e familiares, com o objetivo de promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids, através da defesa dos direitos humanos fundamentais, da garantia de acesso à informação, da luta contra a discriminação e outras formas de exclusão social. Fonte: <http://www.pelavidda.org.br>

IBISS - não foram encontradas informações sobre a instituição, mas pelo trabalho apresentado no Congresso, verifica-se que atua com prevenção de HIV/Aids.

IPAS BR - criada em 1994, atua como uma organização nacional de saúde e direitos reprodutivos para as mulheres, com o objetivo principal de contribuir para a redução da morbimortalidade materna em decorrência do aborto inseguro. Fonte: <http://www.ipas.org.br/> e <http://www.aads.org.br/wp/>

CEPIA- fundada em 1990, trabalha com a perspectiva de gênero e no marco dos direitos humanos, privilegiando em sua atuação as áreas da saúde, dos direitos reprodutivos e sexuais, da violência e do acesso à justiça, da pobreza e do trabalho. Fonte: www.cepia.org.br

⁴⁰ Fala Preta - criada em 1997 com objetivo de promover o desenvolvimento sustentável buscando a eliminação de todas as formas de discriminação étnico-racial e de gênero, com base nos princípios éticos da igualdade, equidade e justiça, na promoção da qualidade de vida e no respeito aos direitos humanos e reprodutivos. Fonte: <http://www.abong.org.br/associada.php?id=156>

⁴¹ Instituto Papai - fundado em 1997, tendo como principal iniciativa, o Programa de Apoio ao Pai Adolescente e Jovem, cuja matriz política e conceitual era a intersecção gênero e idade. A partir disto, propôs reflexões sobre a invisibilidade da experiência masculina no contexto da vida reprodutiva e no cuidado infantil. Fonte: <http://www.papai.org.br>

SOS Corpo – Gênero e Cidadania – importante e reconhecida organização fundada em 1981, propõe-se a contribuir para a democratização da sociedade brasileira por meio da promoção da igualdade de gênero com justiça socioambiental. Fonte: www.soscorpo.org.br

Tabela 16 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o tipo de instituição, 1995 - 2011.

Tipo de instituição	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Universidade Pública	17	85,0	25	73,5	98	74,8	87	61,7	119	73,0	346	70,8
Universidade Privada	0	0,0	1	2,9	12	9,2	11	7,8	8	4,9	32	6,5
Instituição Estrangeira	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	9,9	2	1,2	16	3,3
Serviço Público	2	10,0	3	8,8	12	9,2	8	5,7	2	1,2	27	5,5
Serviço Privado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,2
Terceiro Setor	0	0,0	1	2,9	6	4,6	1	0,7	4	2,4	12	2,4
Mais de um tipo	1	5,0	3	8,8	3	2,3	19	13,5	28	17,2	54	11,0
Não identificada	0	0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

5.3 - O perfil das populações estudadas

No intuito de traçar o perfil das populações estudadas, foram analisados os seguintes aspectos: sexo/gênero, faixa geracional, se eram profissionais e/ou usuárias/os dos serviços de saúde, estratificação social, recorte étnico-racial e pertencimento a algum grupo específico.

Dos 489 trabalhos analisados, 253 (51,7%) eram relativos às mulheres (Tabela 17), seguidos dos trabalhos sobre ambos os sexos (27,6%) e sobre homens (18,2%). Uma vez que o binarismo do sexo/gênero não dá conta da caracterização dos indivíduos, optou-se colocar os transgêneros, transexuais e travestis como uma categoria. Houve 12

trabalhos com esse público, sendo que essas pesquisas apareceram a partir do III Congresso.

Ao longo dos Congressos, verificou-se uma diminuição dos trabalhos que tinham como objeto somente as mulheres. A partir do II Congresso, os trabalhos sobre homens começaram a ser apresentados e a quantidade de pesquisas sobre ambos os sexos sofreram pequenas variações no decorrer dos eventos.

Esses dados demonstram que os estudos com enfoque nas relações de gênero têm expandido o seu público e a perspectiva relacional de gênero tem possibilitado a inclusão de outros sujeitos além das mulheres, como os homens e a população de transgêneros, transexuais e travestis, esta última ainda muito timidamente.

Tabela 17 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo sexo/gênero do público estudado, 1995 - 2011.

Sexo/Gênero	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulheres	14	70,0	18	52,9	63	48,1	84	59,6	74	45,4	253	51,7
Homens	0	0,0	8	23,5	22	16,8	17	12,1	42	25,8	89	18,2
Geral/Ambos	6	30,0	8	23,5	42	32,1	36	25,5	43	26,4	135	27,6
Trans/Trav*	0	0,0	0	0,0	4	3,0	4	2,8	4	2,4	12	2,4
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

Nota: *Trans/Trav = Transgêneros, transexuais e/ou travestis.

Apenas 22% das pesquisas especificaram a geração da população estudada: 0,6% eram crianças; 13,1% adolescentes e/ou jovens; 3,3%

adultas/os; 1,8% população idosa; 2,2% com todas as gerações e 7% com gerações mistas. Porém, nos trabalhos que não especificaram a geração (71,3%), esta foi classificada na categoria “outras”, pois implicitamente percebe-se que eram pesquisas que focavam a população em idade reprodutiva e produtiva.

Esses resultados se aproximam dos encontrados por KNAUTH e MACEDO (2005), no qual o uso da perspectiva de gênero esteve associado aos estudos com a população adulta (91,4%) e em uma proporção menor, à população adolescente (23,8%). Enquanto os trabalhos com crianças e idosos/as, utilizando essa perspectiva, foram quase inexistentes.

Tabela 18 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a faixa geracional da população estudada, 1995 - 2011.

Faixa geracional	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crianças	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,7	1	0,6	3	0,6
Adolesc./Jovens	0	0,0	3	8,8	25	19,1	12	8,5	24	14,7	64	13,1
Adultas/os	0	0,0	1	2,9	2	1,5	4	2,8	9	5,5	16	3,3
Idosas/os	0	0,0	0	0,0	3	2,3	1	0,7	5	3,1	9	1,8
Geral	1	5,0	2	5,8	2	1,5	3	2,1	3	1,8	11	2,2
Mais de 1 geração	0	0,0	3	8,8	5	3,8	9	6,4	17	10,4	34	6,9
Outras	19	95,0	25	73,5	93	70,9	111	78,7	104	63,8	352	71,9
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

Nota: Dos 34 trabalhos com gerações mistas: 3 eram com crianças e adolescentes; 1 com crianças e adultas/os; 22 com adolescentes/jovens e adultas/os; 5 com adultas/os e idosas/os; 1 com exceção de idosas/os; 2 com exceção de crianças.

O compromisso da Saúde Coletiva com os serviços de saúde é visível nos 200 trabalhos (40,7%) referentes às/aos profissionais e/ou usuárias/os

desses serviços (Tabela 19). Desses, 78 resumos (39%) contemplavam as/os profissionais de saúde, 81 (40,5%) as/os usuárias/os e 36 (18%) os dois grupos.

No estudo de VILLELA et. al. (2009), a proporção de trabalhos que utilizavam a categoria gênero no campo da Saúde Coletiva e abordavam aspectos relativos a profissionais e usuários/as dos serviços de saúde foi maior (60,7%), talvez pelo fato das autoras considerarem as três áreas da Saúde Coletiva.

Tabela 19 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo profissionais e usuárias/os de serviços de saúde, 1995 - 2011.

Profissionais e Usuárias/os de Serviços de Saúde	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Profissionais	2	28,6	4	40,0	22	36,7	27	46,6	23	35,4	78	39,0
Usuárias/os	2	28,6	5	50,0	27	45,0	22	37,9	25	38,5	81	40,5
Ambas/os	3	42,8	1	10,0	7	11,7	8	13,8	17	26,1	36	18,0
Não identificado	0	0,0	0	0,0	4	6,7	1	1,7	0	0,0	5	2,5
Total	7	100	10	100	60	100	58	100	65	100	200	100

Nota: A categoria "não identificado" é referente aos trabalhos sobre serviços de saúde, mas que não explicitaram o grupo focado.

A articulação da categoria gênero a outras como recorte social (classe econômica) e raça/etnia ainda é incipiente na área.

Quanto ao recorte por estratos sociais (Tabela 20), apenas 80 trabalhos (16,4%) apresentaram esse enfoque, sendo que as classes populares foram as mais abordadas (n=61), expressando a influência

marxista no campo da Saúde Coletiva para a explicação das desigualdades sociais.

Tabela 20 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o recorte por estratos sociais, 1995 - 2011.

Estratos Sociais ⁴²	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Classes populares	5	25,0	9	26,0	21	16,0	11	7,8	15	9,2	61	12,5
Classe média	0	0,0	0	0,0	2	1,5	3	2,1	0	0,0	5	1,0
Classe alta	0	0,0	1	2,9	1	0,8	1	0,7	4	2,4	7	1,4
Classes populares e média	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,7	0	0,0	2	0,4
Classes média e alta	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	0,6	2	0,4
Não especificado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	2	1,2	3	0,6
Geral	15	75,0	24	71,0	105	80,1	124	87,9	141	86,5	409	83,6
Total	20	100	34	100	131	100	141	99	163	100	489	100

Nota: Os trabalhos que indicaram que a análise contemplaria o recorte por estratos sociais e não explicitaram esse recorte nos resultados, foram classificados como “não especificado”.

Apesar de alguns avanços na agenda governamental, como a criação de secretarias e implementação de políticas públicas e programas focando as populações negra e indígena e o reconhecimento de necessidades de alguns grupos específicos (LGBT, presidiárias/os, entre outros) dentro das políticas de saúde, os estudos com enfoque nas relações de gênero têm se debruçado pouco sobre essas populações.

⁴² As categorias de estratos sociais basearam-se nas utilizadas nos trabalhos analisados. Sendo que na categoria “classes populares” incluíram-se: população de periferia, favela, camada popular, pobres e baixa renda.

O recorte étnico-racial apareceu em apenas 7,2% das pesquisas (n=35), conforme demonstrado na Tabela 21. Desses resumos, doze comparavam as populações negra e não-negra, nove eram sobre a população indígena e seis comparavam indígenas e não indígenas.

Tabela 21 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo o recorte étnico-racial, 1995 – 2011.

Recorte étnico-racial	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Negra e não-negra	0	0,0	2	5,9	4	3,0	3	2,1	3	1,8	12	2,4
População indígena	0	0,0	3	8,8	1	0,8	1	0,7	4	2,4	9	1,8
Indígena e não indígena	0	0,0	0	0,0	2	1,6	1	0,7	3	1,8	6	1,2
Branças, negras e índias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,2
Não especificado	0	0,0	0	0,0	2	1,6	2	1,4	3	1,8	7	1,4
Geral	20	100,0	29	85,3	122	93,1	133	94,3	150	92,0	454	92,8
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

Nota: Os trabalhos que referiam fazer o recorte por raça/etnia, mas não explicitou esse recorte nos resultados, foram classificados como “não especificado”.

Das 63 pesquisas que trabalharam com alguns grupos específicos (Gráfico 8), vinte trataram da população LGBT; catorze da população com HIV/Aids; nove eram sobre integrantes de movimentos sociais, oito sobre as profissionais do sexo; nove versavam sobre outras populações vulneráveis (presidiárias, moradores de rua e usuárias de drogas) e três resumos trabalharam com mais de grupo específico.

Das três revisões sobre a produção sobre gênero e saúde no campo da Saúde Coletiva, somente o de VILLELA et.al. (2009) analisou os grupos sociais, no trabalho dessas autoras, as populações específicas (militar, líder

comunitário, índio, confinado, desportista) corresponderam a 4,2%. É importante mencionar que para a análise dos Congressos Brasileiros de CSHS, optou-se reunir como grupos específicos, as populações mais vulneráveis já detalhadas anteriormente, e essas corresponderam a 12,9%.

Gráfico 8 - Número de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo populações específicas, 1995 - 2011.

Nota: Sobre a categoria "Mais de uma população": um trabalho era com a população LGBT, profissionais do sexo, usuários/as de drogas; um trabalho sobre população de rua, usuários de drogas, profissionais de sexo e usuários/as de serviços de saúde mental; e por último, um trabalho sobre população LGBT e profissionais de sexo.

6 - OS TEMAS ABORDADOS NA PRODUÇÃO COM ENFOQUE NAS RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE

Nesta segunda parte, apresenta-se a análise do conteúdo dos resumos, que foram agrupados em oito áreas temáticas: Reprodução e Sexualidade; Saúde e Doença; Violência; Trabalho, profissões e formação profissional; Masculinidades e Saúde dos Homens⁴³; Direito à Saúde; Corpo e Identidades e Outras temáticas.

A Tabela 22, apresentada a seguir, traz dados mais detalhados sobre a tendência da produção de cada uma dessas áreas temáticas nos Congressos de CSHS. A área “Reprodução e Sexualidade” foi a que aglutinou mais trabalhos (n=130), respondendo por 30,3% da produção com enfoque nas relações de gênero. Ao analisar o total bruto de trabalhos, verificou-se um salto dessa produção no III Congresso com relação aos anteriores. Porém, percebe-se um declínio dessa produção tanto em número quanto em proporção no V Congresso. A área “Saúde e Doença” agregou 30 trabalhos (6,3%), uma quantidade pequena e sua maior proporção foi no I Congresso (10%) dado o número pequeno de resumos com enfoque nas relações de gênero publicados no evento.

Os estudos sobre Violência foram os que mais cresceram em quantidade ao longo dos cinco Congressos, passando de dois resumos no I

⁴³ Optou-se agrupar os estudos sobre os homens e masculinidades em uma área temática à parte, mesmo que esses tenham trazido temas que pudessem ser alocados em outras áreas temáticas (reprodução, sexualidade, violência, etc.). A opção deveu-se a possibilidade de visualizar melhor a participação dos mesmos, uma vez que, os estudos de gênero/ relações gênero são marcados pela presença das mulheres tanto como pesquisadoras quanto público estudado.

Congresso para 51 no V Congresso. Esta área foi a segunda com o maior número de trabalhos publicados e representou 25,6% da produção sobre gênero.

As pesquisas sobre o tema “Trabalho, Profissões e Formação Profissional” responderam por 10,6% da produção. No I Congresso, a proporção dessas pesquisas era de 30% decrescendo para 5,5% no último Congresso.

As investigações sobre Masculinidades e Saúde dos Homens apareceram a partir do II Congresso e a sua proporção nas comunicações dos Congressos foi bem variada, apresentando, porém, um crescimento (exceto no IV Congresso). No V Congresso, os resumos sobre Masculinidades e Saúde dos Homens corresponderam a 21,5% dos trabalhos com enfoque nas relações de gênero e foram aglutinados em um eixo específico dedicado ao tema “GT 13 - Masculinidade, Saúde e Produção de Cuidado”, fato não observado nos congressos anteriores.

A área temática “Direitos à Saúde” agregou as pesquisas sobre: políticas públicas, acesso aos serviços de saúde e práticas educativas em saúde, totalizando 27 resumos (5,7%) nos cinco eventos.

Na sétima área, denominada “Corpo e Identidades”, foi possível identificar 20 resumos que discutiram as concepções e percepções sobre o corpo e a produção de corpo e identidades no processo de transexualização/transgenitalização e travestilidade.

A última área, intitulada “Outras temáticas”, agrupou sete trabalhos que diferiam dos temas anteriores.

Tabela 22 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática, 1995 – 2011.

Área temática	Congresso											
	I		II		III		IV		V		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Reprodução e Sexualidade	7	35,0	11	32,4	51	38,9	51	36,2	28	17,2	148	30,3
Saúde e Doença	2	10,0	1	2,9	6	4,6	8	5,6	14	8,6	31	6,3
Violência	2	10,0	3	8,8	27	20,6	43	30,5	51	31,3	126	25,8
Trabalho	6	30,0	10	29,4	16	12,2	11	7,8	9	5,5	52	10,6
Masculinidades	0	0,0	8	23,5	22	16,8	13	9,2	35	21,5	78	16,0
Direito à Saúde	1	5,0	0	0,0	2	1,5	9	6,4	16	9,8	28	5,7
Corpo e Identidades	2	10,0	1	2,9	6	4,6	4	2,8	7	4,3	20	4,1
Outras	0	0,0	0	0,0	1	0,8	2	1,4	3	1,8	6	1,2
Total	20	100	34	100	131	100	141	100	163	100	489	100

Comparando estes resultados encontrados com os estudos de VILLELA et.al. (2009) e ARAÚJO et.al. (2011), que analisaram a utilização da categoria gênero na Saúde Coletiva, verifica-se que nesses também, a área de “Reprodução e Sexualidade” respondeu pela maioria dos trabalhos. Já, a área de “Saúde e Doença”, nomeada em ambas as pesquisas como “Agravos à saúde”, teve uma proporção elevada no estudo de VILLELA et.al. (2009), e segundo as autoras, os trabalhos desta temática foram mais frequentes na área de Epidemiologia. Considerando apenas os trabalhos classificados como de CSHS no conjunto dos congressos do campo da Saúde Coletiva, a pesquisa de ARAÚJO et. al. (2011), as áreas “Violência” e “Saúde dos Homens e Masculinidades” tiveram proporções menores que a da presente pesquisa e isso se deve pois essas duas temáticas tiveram um

maior número de trabalhos no V Congresso, não contabilizados na pesquisa de Araújo et. al.

Os dados da Tabela 23 demonstram que em quase todas as áreas temáticas, predominaram as autorias de grupos exclusivamente femininos, exceto na área “Masculinidades e Saúde dos Homens”. Nessa área e na de “Violência”, as autorias mistas foram responsáveis por cerca de 40% das pesquisas, o que pode demonstrar que os pesquisadores homens têm sido atraídos por temáticas mais associadas ao “mundo do masculino”. No estudo de ARAÚJO et. al. (2011), considerando os congressos das três áreas do campo da Saúde Coletiva, a autoria feminina foi predominante em todas as áreas.

Tabela 23 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática e o sexo da autoria, 1995 – 2011.

Área temática	Sexo da autoria						Total	
	Feminino		Masculino		Ambos			
	N	%	N	%	N	%	n	%
Reprodução e Sexualidade	107	72,3	2	1,4	39	26,4	148	100
Saúde e Doença	25	80,6	3	9,7	3	9,7	31	100
Violência	71	56,3	4	3,2	51	40,5	126	100
Trabalho	34	68,0	1	2,0	15	30,0	50	100
Masculinidades	37	47,4	8	10,3	33	42,3	78	100
Direito à Saúde	19	67,9	1	3,6	8	28,6	28	100
Corpo e Identidades	14	70,0	3	15,0	3	15,0	20	100
Outras	6	100,0	0	0,0	0	0,0	6	100
Total	313	64,3	22	4,5	152	31,2	487	100

Nota: Nesses cálculos, não foram incluídos dois trabalhos em que não foi possível identificar o sexo da autoria.

Ao cruzar a área temática com a região brasileira de origem das/dos autoras/es, a região Sudeste se manteve como maior produtora em todas as áreas, seguida pela região Nordeste (Tabela 24a).

Tabela 24a - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática e a região da primeira instituição de origem das autorias, 1995 – 2011.

Área temática	Região da primeira instituição														Total	
	CO		NE		N		SE		S		O/P		+1			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Reprodução e Sexualidade	11	7,5	26	17,7	0	0,0	93	63,3	13	8,8	4	2,7	0	0,0	147	100
Saúde e Doença	2	6,5	5	16,1	1	3,2	19	61,3	2	6,5	2	6,5	0	0,0	31	100
Violência	2	1,6	37	29,4	6	4,8	57	45,2	20	15,9	4	3,2	0	0,0	126	100
Trabalho	1	2,0	12	23,5	0	0,0	33	64,7	3	5,9	1	2	1	2,0	51	100
Masculinidades	3	3,8	26	33,3	1	1,3	35	44,9	9	11,5	3	3,8	1	1,3	78	100
Direito à Saúde	1	3,6	9	32,1	0	0,0	15	53,6	1	3,6	2	7,1	0	0,0	28	100
Corpo e Identidades	2	10,0	4	20,0	0	0,0	12	60,0	1	5,0	0	0	1	5,0	20	100
Outras	1	16,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3	0	0,0	0	0	0	0,0	6	100
Total	23	4,7	119	24,4	8	1,6	269	55,2	49	10,1	16	3,3	3	0,6	487	100

Nota: CO= Centro Oeste; NE = Nordeste; N= Norte; SE = Sudeste; S=Sul; O/P = outros países e +1 = mais de uma região

Ao considerar a proporção da área temática em cada região (Tabela 24b), foi possível verificar que na região Centro Oeste 47,8% das pesquisas versavam sobre sexualidade e reprodução. Na região Nordeste, destacou-se a produção sobre violência (40,8%), seguida por pesquisas sobre “masculinidades e saúde dos homens” e “reprodução e sexualidade”, com 21,9% dos resumos em cada uma.

A temática da violência foi encontrada em 75% dos resumos provenientes da região Norte. Na região Sudeste, a maior parte das

pesquisas referia-se à reprodução e sexualidade (34,6%) e à violência (21,2%). A área temática “Violência” incorporou 40,8% das investigações da região Sul, seguida pelas áreas “Reprodução e Sexualidade” e “Masculinidades e Saúde dos Homens”, com 26,5% e 18,4% dos resumos.

Tabela 24b - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática pela região da primeira instituição, 1995 – 2011.

Área temática	Região da primeira instituição															
	CO		NE		N		SE		S		O/P		+1		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Reprodução e Sexualidade	11	47,8	26	21,9	0	0,0	93	34,6	13	26,5	4	25	0	0,0	147	30,2
Saúde e Doença	2	8,7	5	4,2	1	12,5	19	7,1	2	4,1	2	12,5	0	0,0	31	6,4
Violência	2	8,7	37	31,1	6	75,0	57	21,2	20	40,8	4	25	0	0,0	126	25,9
Trabalho	1	4,3	12	10,1	0	0,0	33	12,3	3	6,1	1	6,2	1	33,3	51	10,5
Masculinidades	3	13,0	26	21,9	1	12,5	35	13,0	9	18,4	3	18,8	1	33,3	78	16,0
Direito à Saúde	1	4,3	9	7,6	0	0,0	15	5,6	1	2,0	2	12,5	0	0,0	28	5,7
Corpo e Identidades	2	8,7	4	3,4	0	0,0	12	4,5	1	2,0	0	0,0	1	33,3	20	4,1
Outras	1	4,3	0	0,0	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,2
Total	23	100	119	100	8	100	269	100	49	100	16	100	3	100	487	100

Nota: CO= Centro Oeste; NE = Nordeste; N= Norte; SE = Sudeste; S=Sul; O/P = outros países e +1 = mais de uma região.

Analisando as áreas temáticas pela geração da população estudada (Tabela 25), verificou-se que os três trabalhos com crianças foram sobre violência. As pesquisas com adolescentes e jovens versaram sobre reprodução e sexualidade (53%), masculinidades (30%) e violência (11%). Os trabalhos com a população idosa inseriram-se, respectivamente, nas temáticas: Reprodução e Sexualidade (44%); Saúde e Doença (44%) e Masculinidades e Saúde dos Homens (12%). A população adulta

(contabilizando a categoria outras) foi a única presente em todas as temáticas.

Tabela 25 - Número e proporção de trabalhos científicos com enfoque nas relações de gênero, apresentados nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, respectivamente, segundo a área temática e a geração da população estudada, 1995 – 2011.

Área temática	Faixa geracional da população estudada															
	Criança		Adolesc.		Adulta		Idosa		Geral		Mais de 1		Outras		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Reprodução e Sexualidade	0	0	34	53	6	38	4	44	2	18	9	26	93	26	148	30
Saúde e Doença	0	0	0	0	2	13	4	44	0	0	3	9	22	6	31	6
Violência	3	100	7	11	4	25	0	0	9	82	11	32	92	26	126	26
Trabalho	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	49	14	52	11
Masculinidades	0	0	19	30	4	25	1	12	0	0	8	24	46	13	78	16
Direito à Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	25	7	28	6
Corpo e Identidades	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	19	5	20	4
Outras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	6	1
Total	3	100	64	100	16	100	9	100	11	100	34	100	352	100	489	100

6.1- Os assuntos discutidos e a abordagem de gênero

Na análise dos assuntos abordados nos resumos, cabe ressaltar, as limitações impostas pela natureza do material já que se tratava de sínteses. Como FERREIRA (2002) evidencia, ao trabalhar com resumos, o pesquisador tem a sensação:

“ (...) de que a sua leitura a partir apenas dos resumos não lhe dá a ideia do todo, a ideia do que ‘verdadeiramente’ trata a pesquisa (...). A ideia de que ele possa estar fazendo uma leitura descuidada do resumo, o que significará uma classificação equivocada do trabalho em um determinado agrupamento, principalmente, quando se trata de enquadrá-lo quanto à metodologia, teoria ou mesmo tema. Por outro lado, há também a sensação de que os resumos encontrados nos catálogos são mal feitos, cortados, recortados por “n” razões, sem autoria definida e de difícil acesso.” (FERREIRA, 2002, p.265)

E ao refletir sobre a abordagem de gênero nesses resumos, considerando a complexidade da categoria, essas limitações se tornaram mais evidentes. Nos I Congresso, os textos eram bem sintéticos e, muitas vezes, pouco estruturados, sem apresentar os itens de estrutura de um trabalho (introdução, objetivos, metodologia, resultados e discussão). A partir do II Congresso, os resumos foram maiores, facilitando a análise do material como um todo. Porém, nem todos os estudos explicitaram o referencial teórico utilizado e nem sempre foi possível verificar o desdobramento do referencial. Por isso, em relação à abordagem de gênero optou-se por examiná-la em linhas gerais e em conjunto com a análise da tendência dos temas e assuntos ao longo dos Congressos.

Os itens 6.1.1 a 6.1.8 apresentam a sistematização dos assuntos por área temática, sintetizados no Quadro 3 e o item 6.1.9, a análise da abordagem de gênero e a tendência das áreas temáticas ao longo dos cinco congressos analisados.

Quadro 3 - Os assuntos discutidos nos trabalhos com enfoque nas relações de gênero nos I, II, III, IV e V Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, realizados em Curitiba, São Paulo, Florianópolis, Salvador e São Paulo, segundo as áreas temáticas, 1995 - 2011.

Área Temática	Grupo de assuntos
Reprodução e/ou Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Novas tecnologias reprodutivas • Direitos reprodutivos • Contracepção • Maternidade e Parto • Aborto • Vivência e concepções sobre sexualidade • A sexualidade na prática dos serviços e no discurso profissional • Medicalização da sexualidade • Adolescentes e jovens • Educação Sexual • DST/Aids • Homossexualidade
Saúde e Doença	<ul style="list-style-type: none"> • Processos de saúde-doença • Adoecimento físico e mental • Consumo de medicamentos, drogas e álcool • Envelhecimento
Violência	<ul style="list-style-type: none"> • Violência de gênero (violência contra mulher, sexual e conjugal): <ul style="list-style-type: none"> ○ Perfil das vítimas e agressores ○ Tipologias de violência ○ Serviços especializados ○ Saúde da mulher vítima de violência • Violência doméstica contra crianças e adolescentes • Violência institucional • Homicídios • Outras formas de violência
Trabalho, Profissões e Formação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde ocupacional: <ul style="list-style-type: none"> ○ Adoecimento decorrente do trabalho

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Representações do processo de adoecimento ○ Trabalho e Saúde • Trabalho em saúde • Perfil, identidade e escolha profissional • Trabalho doméstico
Masculinidades e Saúde dos homens	<ul style="list-style-type: none"> • Reprodução e Sexualidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Lugar e comportamento dos homens na sexualidade, na reprodução e na família; ○ A percepção dos homens acerca da reprodução e da sexualidade ○ DST/Aids ○ Paternidade ○ Medicalização da sexualidade • Políticas e serviços de saúde • Construção das masculinidades • Trabalho • Violência a partir da perspectiva das masculinidades
Direito à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas • Cuidado, direitos e acesso aos serviços de saúde • Práticas educativas em saúde • Movimentos sociais e defesa da saúde
Corpo e Identidades	<ul style="list-style-type: none"> • Relação da medicina com o corpo feminino • Concepções e percepções sobre o corpo • Transgêneros, transexuais e travestis
Outras temáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Vivência do morar em rua • Emprego do conceito gênero • Educação popular e a agricultura urbana

6.1.1 - Reprodução e/ou Sexualidade

Os estudos sobre Reprodução e/ou Sexualidade, além de comporem a maior proporção dos trabalhos com enfoque nas relações de gênero, trouxeram por baixo desse grande tema “guarda-chuva”, uma gama diversificada de assuntos.

No âmbito da reprodução, foram reunidos os trabalhos sobre: as novas tecnologias reprodutivas, os direitos reprodutivos, a contracepção, a maternidade, o parto e o aborto.

Sobre as novas tecnologias reprodutivas (NTRs), houve três trabalhos: um que problematizava o binarismo (sexo/gênero) na escolha do sexo de embriões; outro sobre o percurso das Ciências Sociais diante das novas tecnologias reprodutivas e o terceiro que discutiu o sigilo do doador na inseminação artificial.

As pesquisas sobre Direitos Sexuais e/ou Reprodutivos discutiram: a sua relação com as condições socioeconômicas; a percepção das mulheres sobre esses direitos e os direitos reprodutivos no âmbito da atenção básica em saúde (análise da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva, a denúncia do distanciamento entre a teoria e a prática, ou averiguação da concepção dos direitos pelos profissionais envolvidos na atenção à saúde). Houve, também, um trabalho que articulou o papel dos movimentos sociais às demandas por esses direitos sob o referencial da modernidade reflexiva.

Os estudos relativos à contracepção trataram sobre: as atitudes contraceptivas em mulheres de baixa renda; a anticoncepção de emergência e o debate na mídia; os obstáculos impostos pelos médicos a mulheres que buscaram a anticoncepção de emergência; as situações de vulnerabilidade

no uso de métodos contraceptivos; a influência dos parceiros na decisão feminina pelo método contraceptivo; a concepção de identidade feminina em mulheres esterilizadas; a responsabilização das mulheres pela contracepção e os motivos que levam às mulheres a escolherem a laqueadura como método contraceptivo.

Nas esferas da maternidade e do parto, os resumos debateram: as concepções de maternidade entre mulheres negras e brancas e entre jovens; as construções sociais acerca do papel da mulher; as desigualdades em maternidade e paternidade; a construção de maternidades 'de risco' pela ciência e pela mídia, e o sentimento de fracasso em mulheres inférteis. Os trabalhos sobre parto trataram: da escolha do parto sob a perspectiva das relações assimétricas entre mulheres e médicos e da capacitação de profissionais não médicos para assistência ao parto.

Os estudos sobre o aborto analisaram: as concepções sobre aborto em classes populares; o perfil socioeconômico de mulheres que abortaram; as mulheres atendidas no SUS e que morrem após abortos; os discursos das mulheres que provocaram o aborto; o atendimento profissional frente ao fenômeno; o impacto dos valores e mitos sobre o aborto e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde; as representações de mulheres em situação de violência doméstica sobre o aborto provocado; a literatura científica sobre o tema e o aborto inseguro associado à pobreza.

No âmbito da sexualidade, alguns trabalhos versavam também sobre a reprodução. Algumas pesquisas se dedicaram a compreender: a vivência e as concepções de gênero e sexualidade em diferentes grupos; a intersecção entre sexualidade e outros marcadores sociais de diferença; as noções de sexualidade e de gênero veiculadas em revistas femininas e na mídia; o envolvimento afetivo-sexual; o erotismo e o uso de preservativo; a construção da intimidade; e as construções de gênero, menopausa e sexualidade em um grupo de mulheres.

Houve trabalhos sobre a sexualidade na prática dos serviços e no discurso profissional que investigaram: o discurso da saúde no campo da sexualidade; a concepção e o lugar de sexualidade na prática médica considerando o sexo do profissional; as representações de corpo e sexualidade pelos profissionais da saúde; a sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras. Alguns estudos históricos discutiram a medicalização da sexualidade a partir da constituição da sexologia brasileira e a psiquiatrização da sexualidade, analisando o discurso científico psiquiátrico no Brasil na primeira metade do século XX e prontuários de mulheres internadas em Hospitais Psiquiátricos.

Os resumos de investigações com adolescentes e jovens trataram: dos comportamentos sexuais e reprodutivos; das percepções sobre as relações de gênero, a sexualidade, a gravidez e/ou a contracepção; da gravidez na adolescência; da vulnerabilidade à gravidez e ao HIV; da construção da identidade de gênero e das relações afetivo-sexuais; dos papéis de gênero e sexualidade em jovens religiosos e o relato de oficinas sobre sexualidade e gravidez em um bairro de periferia. Alguns trabalhos se dedicaram ao estudo sobre: as fontes de informação que esse grupo tem sobre saúde sexual e reprodutiva; as representações feitas pelo cinema e literatura sobre a gravidez na adolescência e como as revistas para esse público informam sobre sexualidade e normas de gênero.

Houve também análises sobre: a educação sexual nas escolas; a utilização de filmes como recurso educativo para educação sexual e como gênero e sexualidade são abordados nos livros didáticos e como o corpo docente de escola municipal os utiliza. Foram abordadas também as representações de profissionais de saúde sobre a sexualidade na adolescência e as percepções e representações de Conselheiros de Direitos da Criança e do Adolescente sobre a possibilidade de afirmação da sexualidade como um direito dos adolescentes.

Vários trabalhos versaram sobre DST/Aids e os assuntos abordados foram: a negociação do uso de preservativo; o conhecimento sobre DST/Aids pela população; a prevalência dessas doenças; as percepções e as situações de vulnerabilidades decorrentes da classe social, raça/etnia e concepções de sexualidade e de gênero; a feminização e pauperização da epidemia e os comportamentos sexuais de risco.

No âmbito dos serviços de saúde, os trabalhos sobre DST/Aids versavam sobre: as ações preventivas; os dilemas na assistência a saúde da gestante com HIV e as dificuldades encontradas na incorporação do enfoque crítico de gênero às ações de saúde da mulher e prevenção de HIV/Aids.

Dos sete relatos de experiências da área temática Reprodução e/ou Sexualidade, seis se referiam às DST/Aids. Esses resumos tratavam de ações preventivas, com foco em escolares, trabalhadores/trabalhadoras, mulheres e profissionais do sexo.

Dentre os trabalhos sobre DST/Aids, ainda se pode citar as análises sobre: a rede social da portadora do HPV; os anúncios televisivos de campanhas de prevenção de DST/Aids; o corpo lésbico e o HIV/Aids; o ativismo político de mulheres portadoras do HIV; a produção científica sobre práticas de aconselhamento ao HIV/Aids para mulheres; os cuidados com a saúde de mães e crianças vivendo com HIV/Aids; a trajetória da epidemia (da 'Peste Gay' a feminização). Além das reflexões sobre: o envelhecimento em tempos de HIV/Aids; os óbitos por Aids; a sexualidade no viver com HIV/Aids e a conjugalidade de casais soroconcordantes e sorodiferentes.

Os trabalhos sobre homossexualidade dessa área temática investigaram: as trajetórias homo-bissexuais; o processo social de construção do homoerotismo e o impacto na saúde de gays e lésbicas; homofobia interiorizada e o reconhecimento social e jurídico do casal homossexual.

Por último, foram incluídos nessa área temática: um trabalho sobre as relações interpessoais das profissionais do sexo e um sobre famílias chefiadas por mulheres.

6.1.2 - Saúde e Doença

Na área temática Saúde e Doença, foram agrupados os estudos sobre: processos de saúde-doença, adoecimento físico e mental, consumo de medicamentos, drogas e álcool e o envelhecimento.

No conjunto de trabalhos que abordaram o processo saúde-doença, foram discutidos: as percepções de agentes comunitários de saúde sobre gênero e o processo saúde-doença; o processo saúde-doença da mulher; as distinções de saúde apresentadas por homens e mulheres; a participação da mulher nos conflitos agrários brasileiros e a repercussão sobre a sua saúde; a saúde de mulheres em condições de vulnerabilidade; saúde e iniquidade, como reflexo da pobreza; as relações de gênero, família e infecção por esquistossomose mansônica; o autocuidado e a diabetes.

Sobre o adoecimento físico e mental, as pesquisas analisaram: a experiência do adoecimento no espaço doméstico por mulheres com câncer “com prazo de validade vencido”; as narrativas de mulheres mastectomizadas sobre o processo de adoecimento-cuidado no viver familiar; as histórias de vida de doentes mentais tuberculosas; a inter-relação de queixa de doença dos nervos com o gênero; o estresse e a maior susceptibilidade das mulheres à doença; e o perfil de mortalidade feminina.

Os estudos sobre o consumo de medicamentos, drogas e álcool analisaram: o alcoolismo entre os indígenas, destacando o papel da bebida

como elemento do rito de passagem masculino; as vivências e sofrimentos de esposas de alcoolistas; a experiência de um grupo de tratamento ao alcoolismo feminino; e as relações de gênero e o consumo de ansiolíticos e/ou psicoativos.

O tabagismo feminino foi um assunto recorrente nos trabalhos dessa área temática e esses resumos discutiram: a feminização do tabagismo; as percepções das mulheres sobre o fumar; as marcas de gênero, classe e raça no fumar feminino; e a experiência de um projeto de intervenção.

Os estudos sobre envelhecimento analisaram: a situação dos idosos sob a perspectiva de gênero, considerando as condições de saúde, a situação conjugal, a visão do corpo, as populações rural e urbana, etnia e classe social; o envelhecimento, internações e abandono; o uso de calmantes e as representações do processo saúde-adoecimento e cuidado por idosos.

6.1.3 - Violência

Na área temática “Violência”, aglutinou-se os estudos sobre: a violência de gênero (violência contra mulher, sexual e conjugal); a violência doméstica contra crianças e adolescentes; a violência institucional; homicídios e outras formas de violência.

Vários estudos sobre a violência contra a mulher abordaram o perfil das mulheres vítimas, sendo que, alguns trabalhos focaram a violência contra as mulheres chefes de família, as da zona rural, as grávidas e as usuárias de abrigo; as tipologias de violência; os perfis de agressores e a trajetória de mulheres em situação de violência de gênero. Alguns estudos

eram revisões da literatura científica e houve um trabalho internacional que analisou as diretrizes sanitárias sobre a violência para a atenção básica da saúde.

No âmbito dos serviços especializados, foram analisados: as iniciativas, o funcionamento, o atendimento e a situação desses serviços; o mapeamento e monitoramento da violência nos serviços; a percepção da violência, a representação das vítimas, a formação e o acolhimento dos profissionais dos serviços de saúde; as dificuldades encontradas pelos profissionais na notificação dos casos; as representações dos gestores do SUS sobre o atendimento psicológico às mulheres em situação de violência.

Algumas pesquisas investigaram as delegacias de defesa da mulher (DDM), levantando: o número de queixas e a percepção e o conhecimento dos profissionais sobre as mulheres vítimas de violência. Foram analisados os elementos institucionais que poderiam estar associados à permanência da mulher no ciclo das violências doméstica e sexual.

Houve também alguns relatos sobre a elaboração de uma ficha de encaminhamento como instrumento de organização das redes de serviços de atendimento à mulher em situação de violências doméstica e sexual, o processo de implantação da rede de atenção à mulher vítima de violências doméstica e sexual, e experiências de atividades de prevenção da violência nas ações educativas em saúde, atividades culturais como prevenção e combate à violência e intervenção com mulheres vítimas.

Outras pesquisas focaram a saúde da mulher quando vítima de violência, a associação entre quadros de dor crônica e somatização em mulheres com história de violência e a concepção da vítima sobre seus direitos.

Os estudos que se dedicaram à violência sexual discutiram: o mapeamento e diagnóstico desse tipo violência; as “cicatrices” oriundas do estupro; uma proposta alternativa para a materialização da prova nos casos

dos crimes sexuais; a banalização desse tipo de violência nas relações de conjugabilidade; a abordagem dos materiais educativos voltados para a prevenção; a assistência prestada às mulheres e as percepções dos profissionais de saúde sobre a prevenção da violência sexual contra a mulher e sobre a adesão da quimioprofilaxia nas situações de violência sexual.

Os trabalhos com foco na violência conjugal investigaram: a percepção entre homens e mulheres; os motivos pelos quais as mulheres não denunciam seus companheiros; os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde no desenvolvimento de intervenções terapêuticas e investigativas centradas no agressor conjugal; o diagnóstico e a conduta dos médicos de serviços de saúde nesse tipo de violência; a formação profissional para acolhimento qualificado da violência doméstica na gravidez; e as relações homoeróticas masculinas e os episódios de violência nas relações íntimas.

Algumas investigações se debruçaram sobre os homens agressores e analisaram: a demanda social de assistência aos homens agressores; os programas de atenção a homens acusados de violência; as narrativas dos homens denunciados; a chegada desses homens no Sistema Único de Saúde; e o perfil, a trajetória de vida e as narrativas de homens participantes de grupos para autores de violência e a dinâmica desses grupos.

As pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes analisaram: o perfil da violência contra esse público; o abuso e exploração sexual; a violência doméstica contra adolescentes grávidas; o agir da mãe frente o abuso sexual de suas filhas perpetrado por seus parceiros; e um estudo analisou o infanticídio e morte intencional de crianças em grupos indígenas.

Três estudos trataram da violência institucional - todos sobre a violência durante o processo de parto. Dois deles fizeram uma análise da violência sob a perspectiva de gênero, classe, raça e etnia. O terceiro

analisou quais os mecanismos que contribuem para o fenômeno, tendo como objeto a formação e o treinamento médico em serviços de obstetrícia de hospitais-escola.

Vários trabalhos trataram dos feminicídios, trazendo a prevalência do fenômeno e sua relação com as questões de gênero. Os estudos sobre homicídios masculinos estavam relacionados ao machismo, à população jovem e à forma como essas mortes são retratadas pela imprensa. Algumas pesquisas trouxeram a caracterização dos óbitos por causas externas e as diferenças de homicídios e suicídios entre homens e mulheres.

No último bloco de trabalhos, agruparam-se as investigações sobre: a produção científica sobre violência na Saúde Pública; a violência no contexto da prostituição; a compreensão dos adolescentes sobre a violência; as notificações de violência em hospital considerando as vítimas e as agressões; a visibilidade e invisibilidade da violência sofrida por homens e mulheres nos prontuários médicos; os condicionantes e os padrões de criminalidade feminina e masculina e as formas de violência imbricadas na vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas injetáveis à contaminação ao HIV.

6.1.4 - Trabalho, Profissões e Formação Profissional

Os resumos incorporados à área temática “Trabalho, Profissões e Formação Profissional” foram reunidos em quatro grupos:

O primeiro grupo é composto pelos estudos sobre a saúde ocupacional. Uma parte das pesquisas tratou do adoecimento decorrente do

trabalho, investigando: o impacto do sofrimento psicofísico provocado pelas condições do trabalho na vida sexual e reprodutiva de trabalhadoras; o adoecimento por transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores; a literatura sobre adoecimento das mulheres no trabalho; o impacto da reestruturação produtiva na manifestação do estresse em homens e mulheres; e a contribuição das ciências sociais e humanas nos estudos sobre trabalho e saúde mental, com foco nos estudos de sofrimento mental e estresse ocupacional.

A segunda parte desse grupo dedicou-se às representações do processo de adoecimento. Os trabalhos analisaram: as representações das empregadas domésticas sobre o seu processo de trabalho, o risco de acidentes e o adoecimento; as concepções sobre as lesões por esforços repetitivos em trabalhadoras adoecidas; e a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde.

A terceira parte desses trabalhos avaliou: o trabalho noturno, o sono e a saúde na perspectiva de gênero; a relação entre o trabalho, os direitos reprodutivos e o processo saúde-doença das mulheres; o processo político de discussão e decisão, no Congresso Nacional, sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres trabalhadoras; e a relação entre gênero, raça e saúde da trabalhadora escolar.

O segundo grupo de trabalhos englobou os estudos sobre o trabalho em saúde. Essas investigações analisaram: a abordagem da violência de gênero no trabalho em saúde na atenção básica, com foco sobre as/os agentes de saúde (ACS); as situações de violência de gênero presentes no cotidiano de trabalho das ACS; como as/os ACS incorporam e percebem a relevância e os efeitos das relações de gênero na realização de seu trabalho; a inter-relação gênero, violência e trabalho em saúde; o reconhecimento de questões de gênero e violência no trabalho em saúde, com foco nas ações do PAISM; a incorporação do conceito de gênero no registro do trabalho em saúde com gestantes; como as mulheres são

envolvidas no PSF, uma discussão sobre a força de trabalho feminina disponível em comunidades de baixa renda; as ACS e papel do cuidado.

Alguns trabalhos sobre enfermagem analisaram relações de gênero no trabalho de enfermeiras.

O terceiro grupo de resumos tratou do perfil, identidade e da escolha profissional. Sendo assim, os assuntos abordados foram: o perfil do obstetra/ginecologista e o discurso especializado sobre a mulher; o perfil dos cientistas sociais, antropólogos, sociólogos e cientistas políticos em saúde no Brasil; as representações de gênero no campo profissional de medicina (identidade profissional); a escolha da carreira profissional em saúde, da especialidade médica e de cursos universitários, influenciada por estereótipos de gênero; a identidade profissional e o gênero no campo da nutrição; o impacto das relações de gênero na prática profissional; a construção da enfermagem como profissão feminina; o trabalho de enfermeiras e cuidado; e a construção de carreiras científicas por mulheres.

O trabalho doméstico foi o tema do quarto grupo, os estudos problematizaram: o trabalho doméstico como não reconhecido, a responsabilização das mulheres por esse tipo de trabalho e pelo cuidado de pessoas doentes; o trabalho doméstico e as órfãs no contexto de HIV/Aids; e a organização e o desenvolvimento do cuidado à saúde no âmbito da família. Nesse grupo foi inserida uma pesquisa sobre a percepção das questões de gênero no contexto da segurança alimentar e nutricional, que discutia a dupla ou tripla jornada de trabalho das agricultoras.

6.1.5 - Masculinidades e Saúde dos Homens

Os trabalhos sobre masculinidades e saúde dos homens foram agrupados nessa área temática e os assuntos abordados nesses estudos foram divididos em cinco grupos.

O primeiro conjunto de trabalhos tratou da reprodução e da sexualidade. Nessas pesquisas, foram investigados: o lugar e o comportamento dos homens na sexualidade, na reprodução e na família; a percepção dos homens acerca da reprodução e da sexualidade (alguns desses estudos discutindo a relação entre virilidade/masculinidade e as práticas sexuais e contraceptivas); DST/Aids e paternidade.

Ainda no âmbito da reprodução, as pesquisas analisaram: a perspectiva do jovem acerca do aborto provocado; a participação masculina no planejamento familiar; a esterilização voluntária masculina e seu inverso, as justificativas dos homens para não fazer a vasectomia; as representações masculinas em torno da perda da virgindade; a percepção de risco e contracepção masculina; as práticas e os valores relacionados à contracepção entre homens; as opiniões de homens e mulheres sobre um anticoncepcional masculino; como os homens são incorporados nas políticas públicas de direitos reprodutivos no Brasil; as políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva voltadas para os homens jovens; a inserção dos homens em programas da saúde reprodutiva.

Os trabalhos sobre DST/Aids abordaram: as ações de prevenção com homens; a relação entre masculinidade e vulnerabilidade ao HIV/Aids; o autocuidado e a experiência de um grupo de apoio de homens com HIV.

Considerando o público adolescente, foram discutidos: a construção do adolecer masculino e o uso do preservativo; as representações sociais

do adolescente masculino no âmbito da saúde sexual e reprodutiva; o marco teórico referencial para saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens e a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem; e a paternidade na adolescência.

Sobre a paternidade, foram investigados: as noções e os significados sobre a paternidade; a experiência e o significado da participação de homens de diferentes gerações no pré-natal e parto; o impacto da participação no nascimento da criança entre homens de camadas populares; a participação paterna no cuidado das crianças; as relações sociais e os preconceitos sofridos por homens que criam e cuidam da prole; a relação entre masculinidade e cuidado; e uma unidade de saúde parceira do pai.

Nesse conjunto também foram agrupados os trabalhos sobre a medicalização da sexualidade masculina, os quais discutiram a (re)construção da masculinidade pelo *marketing* farmacêutico e a criação da andropausa.

O segundo conjunto dos trabalhos se referia às políticas e aos serviços de saúde, essas pesquisas debateram: a constituição da pessoa masculina e as práticas de cuidado com a saúde do homem no discurso da Organização Pan-Americana de Saúde; a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); o perfil da mortalidade masculina e o PNAISH; a inserção dos homens nos serviços de saúde. Sobre esse último item, os estudos analisaram: as práticas de cuidado dirigidas à atenção a saúde do homem; a relação entre masculinidade e cuidado, busca e/ou acesso aos serviços; como a masculinidade tradicional dificulta o tratamento de doenças e é um fator de distanciamento dos homens aos serviços de saúde; como as questões relativas à sexualidade masculina são abordadas na atenção primária à saúde; e as ações e as abordagens em saúde voltadas para o público masculino.

O terceiro grupo de trabalhos tratou da construção das masculinidades, nessas pesquisas foram investigadas: a mediação da telenovela na construção das identidades masculinas de jovens no contexto escolar; a construção social da masculinidade entre os lutadores de jiu-jítsu; o uso de anabolizantes e a construção do corpo musculoso como símbolo de virilidade; os desafios aos estudos empíricos com jovens no campo das masculinidades e como a masculinidade tradicional é afetada ou responsável pelo adoecimento.

No conjunto de pesquisas que versaram sobre o trabalho, foram encontrados quatro resumos, um deles, discutiu as repercussões do trabalho na sexualidade de homens idosos; e os demais trataram sobre o desemprego. Os trabalhos sobre desemprego analisaram o discurso de homens desempregados referente às masculinidades; a experiência de um grupo de apoio a homens desempregados; e o alcoolismo, a partir da sociabilidade masculina e do desemprego.

O quinto conjunto foi constituído pelas pesquisas que analisaram a violência a partir da perspectiva das masculinidades. Esses estudos investigaram: a construção da masculinidade e da violência pela mídia; os elementos que compõem as masculinidades de homens agressores; masculinidade juvenil e a regulação da violência em festas tradicionais; a masculinidade e a prevenção da violência em projetos sócio esportivos.

6.1.6 - Direito à Saúde

Na área temática “Direito à Saúde”, foram congregadas as pesquisas sobre as políticas públicas; os cuidados, direitos e acesso aos serviços a saúde; as práticas educativas em saúde, os movimentos sociais e a defesa da saúde.

Grande parte dos trabalhos sobre as políticas públicas se referia ao PAISM e ao PNAISM e abordou: o levantamento sobre o estado da arte da política; o PAISM e a saúde da mulher negra; como a integralidade em saúde da mulher tem se concretizado na atenção básica em saúde; os impasses na realização da saúde integral das mulheres; e o que pensam os profissionais sobre as políticas públicas de saúde da mulher voltadas para as mulheres homossexuais.

Outros estudos analisaram: as políticas públicas e as mulheres em situação de prostituição; o neoliberalismo, a precarização das políticas sociais e as consequências para as relações sociais de gênero; a participação social de mulheres de terreiro e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; as políticas nacionais e internacionais de promoção à igualdade racial e das mulheres, e suas interfaces na saúde, numa perspectiva de direitos humanos; e a reforma do setor saúde na Colômbia.

Sobre cuidados, direitos e acesso aos serviços a saúde, as pesquisas investigaram: a atenção à saúde da mulher indígena; as medicinas tradicionais e as práticas oficiais de atenção à saúde da mulher indígena; as concepções sobre a assistência em saúde ofertada a mulheres em um complexo penitenciário; a atenção dirigida a mulheres com deficiência em serviços de atenção primária, denunciando a invisibilidade desse público nas UBS; o fenômeno da discriminação no atendimento às mulheres no âmbito

dos serviços hospitalares do sistema público de saúde; a adesão às atividades dos núcleos de atenção a saúde da família; a discriminação e a acessibilidade de travestis aos serviços de saúde; a discriminação e o acesso das mulheres negras lésbicas à saúde, à educação e à justiça; a inclusão social de mulheres em situações de vulnerabilidade social, a partir dos serviços de saúde; e o processo de (des)institucionalização de crianças e jovens vivendo com HIV/Aids.

Por último, cabe citar as pesquisas que investigaram as configurações do movimento Feminista no setor Saúde; a mobilização do movimento de mulheres camponesas na luta em defesa da saúde; as práticas populares de saúde e as práticas educativas em saúde.

6.1.7 - Corpo e Identidades

Na área temática “Corpo e Identidades”, foram reunidos os resumos de pesquisas que discutiam: a relação da medicina com o corpo feminino, as concepções e percepções sobre o corpo e trabalhos sobre transgêneros/transexuais e travestis.

No primeiro grupo de trabalhos, foram agrupados os estudos sobre a relação da medicina com o corpo feminino. As pesquisas discutiram: a domesticação do corpo feminino, a partir da ordem médica como instância normatizadora; os sentidos atribuídos ao corpo feminino pela medicina; e os discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia sobre mulheres doentes, com foco no corpo dessas mulheres.

No segundo grupo de trabalhos, denominado “as concepções e percepções sobre o corpo”, foram investigadas: a relação entre identidade,

auto percepção (social e corporal) e as representações de feminilidade; a “imagem ideal de corpo feminino” e as representações corporais de mulheres jovens; a relação de jovens com o próprio corpo; as concepções de corpo e o uso de inibidores de apetite por mulheres; a imagem corporal de homens e mulheres na publicidade de produtos dietéticos; e corporalidade e estigma em pessoas com queimaduras graves.

O terceiro grupo foi formado pelos trabalhos sobre transgêneros, transexuais e travestis, sendo os assuntos abordados: o processo de construção das travestis; o envelhecimento e a reelaboração dos “itinerários corporais” de travestis; as produções de gênero na transexualidade; e os limites da produção do corpo e identidade entre pessoas que se identificam como transgêneros. No âmbito dos serviços de saúde, foram avaliados: o discurso médico sobre o corpo transexual; a transexualidade e a construção de gênero nas práticas de saúde; o atendimento a pacientes transexuais e a cirurgia de transgenitalização no SUS; a psiquiatrização da transexualidade; o atendimento em saúde mental no processo transexualizador no SUS; e por fim, a transexualidade e as políticas públicas de saúde.

6.1.8 - Outras temáticas

Alguns trabalhos não pertenciam às outras temáticas e apareceram numa proporção muito pequena, por isso foram inseridos nessa categoria. Esses estudos analisaram a partir da perspectiva de gênero: a vivência do morar na rua; a experiência feminina do morar na rua; as sociabilidades e a socialização entre moradores/as de rua; o emprego do conceito de gênero na produção científica da Saúde Coletiva e por fim, a educação popular e a agricultura urbana.

6.1.9 - A abordagem de gênero e a tendência das áreas temáticas nos cinco Congressos

A área temática “Reprodução e Sexualidade” foi a que apresentou a maior proporção de trabalhos com enfoque nas relações de gênero nos congressos analisados. A preferência por essa temática nos estudos de gênero do Brasil, segundo DINIZ e FOLTRAN (2004), decorre do apoio financeiro da Fundação Ford. Dentre os países latino-americanos, o Brasil foi o que recebeu o maior aporte financeiro dessa instituição em pesquisas no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A presença marcante dessa temática também está associada à própria luta das mulheres no que toca os direitos reprodutivos e sexuais. Apesar das conquistas em termos de políticas públicas e leis, ainda há dificuldades para a efetivação desses direitos na prática.

Verificou-se que no I Congresso, as pesquisas focavam as mulheres e suas percepções sobre contracepção e sexualidade, bem como as vulnerabilidades dadas pelas relações de gênero. Em menor proporção, encontraram-se, pesquisas que trabalhavam com a condição social e a identidade feminina.

No II Congresso, as análises foram sobre como gênero e sexualidade, tomando seus aspectos socioculturais, são veiculados pela mídia. Apareceram também pesquisas trazendo o recorte étnico-racial no seu desenho e outras discutindo como a “escolha” do tipo de parto é mediada pelas relações de gênero e a capacitação de profissionais não médicos.

No III, verificou-se a presença das pesquisas sobre os jovens, a homossexualidade e as profissionais do sexo, trazendo à discussão, os padrões normativos (binários e excludentes) de gênero e sexualidade. A

partir do III Congresso, houve uma presença marcante dos trabalhos sobre HIV/Aids e a questão de gênero atrelada ao conceito de vulnerabilidades. Sendo que no IV Congresso, passaram também a ser investigadas, a conjugalidade, a sexualidade e a vivência no contexto do HIV/Aids.

E por fim, no V Congresso, apareceram os trabalhos sobre: o envelhecimento, as percepções e as representações dos profissionais de saúde acerca da sexualidade e trabalhos com a população indígena. As investigações sobre o aborto, que nos congressos anteriores estavam mais restritos ao perfil das mulheres que o praticavam, passaram a analisar as concepções da prática entre homens e mulheres e o processo de decisão das mulheres.

Na área temática “Saúde e Doença”, os assuntos tratados nos I e II Congressos eram referentes ao processo saúde-doença de uma forma mais ampla. A partir do III Congresso, os trabalhos focaram os agravos à saúde (alcoolismo, estresse, tabagismo, etc.) e o processo de adoecimento. Quanto à abordagem de gênero, cerca de 2/3 dos resumos utilizaram gênero como uma categoria analítica, porém também foram encontrados trabalhos em que gênero apareceu como diferenças entre os sexos; outros declararam usar o referencial de gênero, no entanto esse não apareceu nos resultados; e em alguns, a categoria gênero não foi o referencial teórico, porém as relações de gênero apareceram na análise do material da pesquisa, tendo sido apontadas na conclusão.

As pesquisas sobre violência, no I Congresso trataram da criminalidade entre ambos os sexos e a violência sexual. No II Congresso, todos os trabalhos versaram sobre o perfil da mulher vítima de violência doméstica. No III Congresso, que ocorreu em 2007 (um ano após aprovação da Lei Maria da Penha), verifica-se que os estudos passaram a analisar também, os serviços e as redes de apoio às mulheres vítimas de violência, as percepções dos profissionais de saúde e dos agressores, a associação entre quadros de dor crônica e somatização em mulheres com história de

violência. No IV Congresso, acrescentaram-se os estudos sobre outras formas de violência e sobre o feminicídio. No V Congresso, destacaram-se as investigações sobre a violência institucional e sobre os homens autores de violência.

Cerca da metade da área “Violência”, utilizava a categoria de gênero no seu aspecto relacional, e a outra metade dessas pesquisas trazia um caráter de denúncia e de caracterização do perfil de vítimas, sem se aprofundar nas relações de gênero intrínsecas ao fenômeno.

Na área “Trabalho, Profissões e Formação Profissional”, grande parte dos trabalhos utilizava a categoria no aspecto relacional. De uma forma geral, os resumos do I Congresso trataram do trabalho em saúde, do adoecimento de trabalhadoras e da identidade profissional. Nos I e II Congressos, discutiu-se o trabalho das agentes comunitárias em saúde, o trabalho doméstico e a profissão da enfermagem. Nos IV e V Congressos, acrescentaram-se as pesquisas sobre: a escolha profissional, as relações de gênero nos serviços de saúde, o adoecimento e o sofrimento mental em trabalhadores e o cuidado de pessoas doentes.

Os trabalhos sobre Masculinidades e Saúde dos homens apareceram a partir do II Congresso com as discussões entre a masculinidade e o desemprego e o lugar do masculino da reprodução e sexualidade. No III Congresso, surgiram as análises da inserção dos homens nos serviços de saúde, a construção da masculinidade entre jovens, homens e os cuidados à saúde e a paternidade. No IV Congresso, discutiram-se os programas e as políticas em saúde reprodutiva e sexual para os homens. No V Congresso, após a criação do PNAISH, verificou-se uma expansão dessa temática que constituiu um eixo temático no Congresso com análises principalmente sobre: a saúde dos homens, vulnerabilidades, a relação entre masculinidade e adoecimento e a medicalização da sexualidade masculina. O conceito de masculinidade hegemônica foi abordado em vários trabalhos.

Considerando o tema Trabalho nessas duas últimas áreas, percebe-se que as pesquisas sobre as mulheres refletiram sobre o risco do adoecimento e maior vulnerabilidade dessas. Já os estudos sobre os homens discutiram como o trabalho e seu inverso, o desemprego estão relacionados à construção das masculinidades. E por fim, as pesquisas sobre ambos os sexos, têm focado as desigualdades nas relações de poder entre mulheres e homens e como os estereótipos de gênero marcam as escolhas profissionais.

Na área “Direito à Saúde”, as pesquisas no I Congresso investigaram as práticas educativas em saúde e a identidade feminina. No II Congresso, os resumos versaram sobre o PAISM e a garantia de equidade em mulheres lésbicas e negras. No IV Congresso, discutiu-se a PNAISM lançado em 2004, os movimentos sociais e o acesso de travestis aos serviços de saúde. No V Congresso, incluiu-se as análises sobre a Atenção à População Indígena e trabalhos sobre o acesso ao serviço e políticas públicas versus população negra, adolescentes, profissionais dos sexos, homossexuais e presidiárias.

Os estudos sobre Corpo e Identidades podem ser divididos, de forma geral, em dois grupos: um sobre as concepções e percepções sobre o corpo e o segundo sobre transgêneros, transexuais e travestis. No primeiro grupo, uma parte das pesquisas referia utilizar a categoria gênero como referencial teórico, sendo que em alguns casos, essa análise não apareceu nos resultados. A outra parte não explicitava o uso do referencial, mas problematizava as desigualdades de gênero.

Os estudos sobre transgêneros, transexuais e travestis apareceram a partir do III Congresso, muitos desses utilizaram o conceito de identidade subversiva. Uma parte desses estudos abordou a produção de corpos e identidades e a outra tratou da presença desses grupos nos serviços de saúde.

Considerando os cinco Congressos, percebeu-se que muitos trabalhos mencionavam apenas que analisavam os dados sob a perspectiva de gênero / das relações de gênero sem desdobrar o que consideravam ser essa perspectiva. Outros explicitaram como referências teóricas, as/os autoras/es: Scott, Butler, Connell, Derrida, Foucault; ou correntes de pensamento, como patriarcado, marxismo e desconstrutivismo; ou ainda, conceitos correntes: identidade(s) subversiva(s), masculinidade(s) tradicional(is)/ hegemônica(s), papéis sociais, entre outros.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, traçou-se o estado da arte das pesquisas e experiências com enfoque nas relações de gênero publicadas nos Anais dos cinco Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO, ocorridos entre 1995 e 2011.

A escolha dos Anais dos Congressos de Ciências Sociais e Humanas em Saúde deu-se por dois motivos: primeiro, a importância dessas ciências na constituição do campo da Saúde Coletiva, trazendo elementos para a compreensão e a interpretação dos aspectos socioculturais ligados ao processo de saúde-doença. Segundo, os eventos da ABRASCO e suas subáreas além de serem espaços de divulgação científica, também se constituem fóruns de discussão e de proposição das políticas de saúde e até mesmo formulação das mesmas.

A análise dos Congressos permitiu ter uma visão geral do que se é produzido nas universidades, serviços de saúde e terceiro setor e que, em muitos casos, não figura nas revistas científicas, principalmente, as mais renomadas. Em relação ao material analisado, verificou-se a existência de muitos trabalhos com assuntos repetitivos, pesquisas subdivididas desnecessariamente em vários resumos e numa proporção pequena, casos de repetição de um mesmo trabalho nos anais do evento, às vezes trocando somente a ordem das/os autoras/es, o título ou o idioma. Esses casos de repetição não foram contabilizados no total de trabalhos selecionados, porém a presença deles remete à lógica produtivista que avalia o desempenho acadêmico tendo como critério o número de trabalhos publicados.

Os resultados obtidos na presente pesquisa demonstraram que no período estudado (1995-2011), houve um aumento dos trabalhos com enfoque nas relações de gênero em números absolutos e relativos nos Congressos analisados. Isso se deveu, em parte, à expansão da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e de seus congressos, bem como à conquista de espaço da temática dentro do campo da Saúde Coletiva, tendo encontrado resistência na sua inserção.

A própria organização do evento pode facilitar ou dificultar o aparecimento de uma temática. O último congresso contou com maior número de trabalhos e eixos temáticos relativos a gênero, sendo que o número de propostas foi maior do que o atendido. Por outro lado, comparando a proporção de profissionais das CSHS que relataram trabalhar com a temática e a proporção de resumos com enfoque nas relações de gênero encontrada nos Congressos, nota-se que o número de trabalhos ainda é pequeno.

É interessante também verificar como esses trabalhos se inseriram nos eventos estudados. Nos dois primeiros Congressos, a maior parte dos resumos se encontrava fora dos eixos temáticos de gênero e é só a partir do terceiro evento, que essa situação se inverte. Uma das possíveis explicações é que essa pode ter sido uma das via de inserção da temática nos eventos, tendo em vista a resistência do campo. É também uma característica dos estudos de gênero/ relações de gênero no Brasil não se desenvolverem em espaços alternativos, a exemplo dos estudos norte-americanos. Além disso, os eixos de gênero dos Congressos focavam temas específicos como a reprodução, a sexualidade e a violência; sendo assim, os trabalhos com enfoque nas relações de gênero que investigavam outras temáticas ou aqueles em que a perspectiva de gênero não era o foco principal se alocaram em outros eixos temáticos.

Em relação ao financiamento do projeto de pesquisa, pouquíssimos trabalhos indicaram se a pesquisa era financiada por alguma agência de

fomento ou não. E como se sabe, a fonte de financiamento influencia a agenda de pesquisa.

Os resultados apresentados na presente pesquisa também demonstraram as desigualdades na proporção de trabalhos por região, estado e instituição. A produção com enfoque nas relações gênero, a exemplo da produção científica do país, localiza-se em três regiões (Sudeste, Nordeste e Sul) e está concentrada em cinco universidades públicas de reconhecida relevância para a de Saúde Coletiva (FIOCRUZ, USP, UFRJ, UERJ e UFBA). Destacaram-se os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, responsáveis por mais da metade dos trabalhos apresentados, sendo que estes são os estados que recebem a maior parte dos recursos destinados à pesquisa no Brasil.

A localização do congresso também pode contribuir para a manutenção desse quadro, os cinco eventos ocorreram nas três regiões com maior produção. É claro que na organização de um Congresso é necessário ter infraestrutura e recursos humanos, que é mais facilmente encontrado nessas regiões. Porém, isso contribui para que as regiões com menor infraestrutura e produção científica se mantenham distantes dos pólos de discussão e produção, numa situação de pouca participação e visibilidade. Os custos para a participação nos congressos (inscrição, passagens, hospedagem, etc.) também são fatores que podem dificultar a participação, considerando a realidade de muitas instituições no Brasil.

Como já era esperado, houve o predomínio dos resumos de pesquisas sobre os relatos de experiências e com abordagem metodológica qualitativa. Entretanto, é interessante analisar a participação dos relatos de experiências, pois essa modalidade é uma das vias de comunicação com a prática nos serviços de saúde e nas organizações não governamentais, remetendo o compromisso fundante da Saúde Coletiva da união entre o saber e a práxis.

Sobre a autoria dos trabalhos, os estudos com enfoque nas relações de gênero nos Congressos analisados guardam as características da área dos estudos de gênero em geral. As mulheres compuseram a maior parte das autorias dos trabalhos, sendo que os grupos exclusivamente femininos foram a maioria. Um grande avanço para a área são as autorias mistas, pois demonstram que os estudos sobre as relações de gênero não são um espaço de interesse só das mulheres. Ao pensar o gênero como uma categoria relacional, é necessário que isso se reflita tanto nos estudos como nas instituições científicas. Os grupos exclusivamente masculinos apareceram em uma proporção pequena e verificou que a inserção dos homens como autores tem se dado principalmente por meio dos grupos de autoria mista.

A predominância de primeira autoria feminina (considerando que esta posição pode ser uma indicação da coordenação da pesquisa) confirma que os estudos de gênero têm sido um espaço em que as mulheres têm se destacado. Porém, é importante lembrar que as bolsas com maior reconhecimento científico ainda são dos homens e que na análise da primeira autoria dos grupos mistos, a proporção de primeira autoria masculina tem crescido ao longo dos Congressos. Para uma análise mais assertiva sobre a coordenação dos trabalhos apresentados, seriam necessários mais dados que não apareceram no material analisado.

Ainda em relação à autoria, os grupos exclusivamente femininos foram responsáveis por mais da metade dos trabalhos de quase todas as áreas temáticas, exceto nas áreas de “Violência” e de “Masculinidades e Saúde dos Homens”, nas quais as autorias mistas se destacaram. Considerando essas informações e que os pesquisadores homens têm se inserido principalmente dentro dos grupos mistos, pode-se pensar que os autores homens têm estudado assuntos relativos aos homens. Ou seja, há uma certa relação entre pesquisador(a) e objetos e temáticas, mediada por questões de gênero, de uma forma generalizada, as autoras têm estudado sobre as mulheres e os autores sobre os homens.

As autoras e os autores dos trabalhos estavam vinculados principalmente às universidades públicas. Mas é interessante verificar que os resumos oriundos do conjunto de secretarias de saúde dos municípios e estados brasileiros foram expressivos, ocupando o sexto lugar na produção de gênero apresentada nos Congressos. A participação do terceiro setor, que tem uma atuação política reconhecida no que se refere à luta por igualdade de gênero no Brasil, se mostrou tímida no total dos trabalhos publicados. Porém, em alguns estados, o número dos trabalhos provenientes de ONG foi considerável, a exemplo dos estudos da área “Masculinidades e Saúde dos Homens” no estado de Pernambuco.

Quanto ao público estudado, percebem-se mudanças no perfil de sexo/gênero dos sujeitos. As mulheres continuam sendo o público principal estudado, porém a proporção de estudos sobre somente as mulheres decresceu ao longo dos Congressos. Isso se deve às mudanças ocorridas nos estudos, que passaram a utilizar gênero numa perspectiva relacional. Os homens começaram a ser incluídos nos trabalhos, não mais simplesmente como um “opressor”, e as construções de masculinidades e suas imbricações com violência, saúde, sexualidade, entre outras questões passaram a ser discutidas. Desde a década de 2000, a população de travestis, transgêneros e transexuais, ainda que timidamente, também tem aparecido nos estudos, problematizando as definições binárias de sexo/gênero.

Considerando alguns grupos específicos (LGBT, pessoas com HIV/Aids, profissionais do sexo, presidiárias/os, entre outros), ainda são poucas as investigações com essas populações. Refletindo um certo distanciamento dos estudos com enfoque nas relações de gênero com essas populações e o pequeno olhar que a Saúde tem dado a elas.

Em relação às temáticas abordadas, a primeira conclusão é a variedade dessas, sendo que cada área temática serviu como uma espécie de “guarda-chuva”, reunindo um gama de assuntos. No desenvolvimento da

pesquisa, os trabalhos foram classificados em oito áreas: Reprodução e Sexualidade; Saúde e Doença; Violência; Trabalho, Profissões e Formação Profissional; Masculinidades e Saúde dos Homens; Direito à Saúde; Corpo e Identidades e Outras temáticas.

Cabe ressaltar que se optou agrupar os estudos sobre os homens e masculinidades em uma área temática à parte, mesmo que esses tenham trazido temas que pudessem ser alocados em outras áreas (reprodução, sexualidade, violência, etc.). A opção deveu-se a possibilidade de visualizar melhor a participação desses estudos, uma vez que, as pesquisa sobre gênero/ relações de gênero são marcados pela presença das mulheres tanto como pesquisadoras quanto como público estudado. Nas reflexões que se seguem, os assuntos da área temática “Masculinidades e Saúde dos Homens” foram discutidos junto às outras temáticas.

Os direitos sexuais e reprodutivos, “carro-chefe” da luta feminista e da inserção da perspectiva de gênero na área da Saúde, foi um tema de destaque dentro da produção científica nos Congressos analisados, sendo abordado em mais de um terço dos trabalhos.

De uma forma geral, os trabalhos sobre reprodução e sexualidade se debruçaram sobre os motivos que impedem a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, relacionando-os às condições socioeconômicas, aos serviços de saúde e/ou aos papéis de gênero vigentes na sociedade. No que se refere aos homens, nota-se uma tentativa de desconstrução da imagem do homem distante das questões sexuais e reprodutivas, problematizando o lugar ocupado por este(s) nessas esferas. Ainda nesta primeira área temática, encontrou-se boa parte da produção científica sobre adolescentes e jovens, denotando a atenção que o campo da Saúde dá à gravidez e às DST nessa faixa etária.

Os estudos sobre “Saúde e Doença”, quando referentes às mulheres ou a ambos os sexos, analisaram a concepção de adoecimento por estes grupos, de como o alcoolismo e o tabagismo têm um papel na afirmação

peçoal e como são as condições de saúde dos idosos. Já os estudos sobre homens, investigaram como as masculinidades tradicionais/ hegemônicas contribuem para o adoecimento ou como a doença afeta esses tipos de masculinidades.

A maior parte dos estudos sobre violência se dedicou a traçar o perfil das vítimas, agressores e os tipos de violência. Com a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006 (que previu em suas ações a implementação de infraestrutura para o acolhimento da mulher vítima de violência doméstica e medidas repressivas aos agressores), observou-se um aumento de estudos sobre os serviços especializados de atendimento das vítimas e sobre os homens agressores. Ainda sobre os homens, os trabalhos analisaram como a violência permeia a construção das masculinidades. No âmbito da violência institucional, os trabalhos com mulheres analisaram a violência sofridas por elas durante o processo do parto. Houve trabalhos sobre como a questão da violência sofrida por homens e mulheres é percebida dentro dos hospitais, assinalando que a sofrida pelos homens nem sempre é considerada como violência.

O tema trabalho foi um dos primeiros abordados pelas feministas brasileiras nos estudos de gênero, tendo se destacado na década de 1970. Na análise dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, esse tema teve sua maior expressão no I e diminuiu consideravelmente nos Congressos posteriores. A preocupação inicial sobre os impactos do trabalho na saúde das mulheres e posteriormente, na de mulheres e homens cedeu lugar para as investigações sobre o trabalho em saúde, no qual o foco principal foi o trabalho das agentes comunitárias em saúde, “mão de obra feminina e barata” que tem sido utilizada na Atenção Básica. Em relação aos homens, os estudos focaram o inverso, o desemprego e sua relação com masculinidade, sociabilidade e consumo de álcool.

Quanto aos trabalhos da área “Direitos à Saúde”, tanto os estudos sobre mulheres quanto os sobre os homens, avaliaram como as políticas públicas de saúde (PNAISM e PNAISH) têm se efetivado no âmbito dos serviços de saúde. O acesso e a discriminação nos serviços de saúde estiveram atrelados às questões étnica-raciais, à homossexualidade, à portabilidade de necessidades especiais e às masculinidades. Na área temática “Corpos e Identidades”, destacaram-se os trabalhos sobre transgêneros/ transexuais e travestis no âmbito dos serviços de saúde.

De uma forma geral, verificou-se que há uma interlocução dos estudos com as políticas e os serviços de saúde, cuja preocupação se estende tanto às/aos usuárias/os como às/aos profissionais. Como LUZ (2011) destaca, além da contribuição acadêmica, as Ciências Sociais e Humanas em Saúde têm também provocado mudanças no “agir cotidiano” dos profissionais da área e instrumentalizado conceitualmente as políticas inovadoras em saúde. E isso ficou visível nos estudos de gênero, que têm denunciado as iniquidades de gênero, focado os serviços de saúde e subsidiado e avaliado os programas e as políticas públicas com recorte de gênero.

O que se conclui em relação aos temas abordados é que coexistem duas agendas, uma mais antiga com algumas das pautas da agenda feminista, como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, o combate à violência de gênero e a implementação das políticas públicas; e uma agenda mais recente que inclui a questão dos homens nos serviços de saúde, a violência sofrida por outros grupos, a saúde de grupos específicos e o questionamento das identidades, o que impõem novas demandas para os serviços e para a Saúde de forma geral.

Por fim, uma das lacunas encontradas no conjunto analisado se refere à articulação da perspectiva de gênero com outros marcadores sociais da diferença (classe social, geração, raça/etnia e orientação sexual), que foi pouco explorada nas pesquisas.

Ao longo dos 16 anos (1995 -2011) analisados, a pesquisa revelou uma parte da história de um campo de estudos marcado pela conquista de espaço institucional, pela interlocução com os serviços e as políticas de saúde e pela diversidade temática abordada. Espera-se que os dados aqui apresentados possam trazer contribuir para uma autorreflexão da área e possam subsidiar futuras pesquisas que tragam novos olhares para assuntos pertinentes no âmbito de gênero e saúde, tendo em vista preencher as lacunas existentes.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendência da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 121-32, ago. 2006. Edição especial.

AQUINO, E. M. L. et. al. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, suppl.2, p. S198-S199, 2003. Editorial.

ARAÚJO, M. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 805-818, jul./set. 2011.

ARILHA, M. **Nações Unidas, população e gênero: homens em perspectiva**. Jundiaí: Editora In House, 2010.

BARBOZA, R. et. al. Saúde dos Homens no SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v.14, n.1, p. 5-6, ago. 2012. Editorial.

BARATA, R. B.; GOLDBAUM, M. Perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área de saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1863-1876, nov/dez. 2003.

BARROS, F. A. F. de. Os desequilíbrios regionais da produção técnico-científica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.12-19, jul. 2000.

BARSTED, L. de A. L. Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, n.0, p.104-130, 1992.

BELISÁRIO, S. A. **Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO**. 2002. 443p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BELISÁRIO, S. A. Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído. In: LIMA, N. M. T.; SANTANA, J.P. (Orgs). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 45-78.

BRASIL. 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**. Brasília, DF, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pensando gênero e ciência**. Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas – 2005/ 2006. Brasília, DF; 2006a.

BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 ago. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2008.

BUARQUE, C. Introdução ao Feminismo. In: VANIN, I. M.; GONÇALVES, T (Orgs.). **Caderno de textos - Gênero e Trabalho**. Salvador: REDOR, 2006. p. 7 -24.

BUTLER, J. Sujeitos do sexo/ gênero/ desejo. In: _____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de R. Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARGO JR, K. R. de; COELI, C. M.; CAETANO, R.; MAIA, V. R. Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 394-398, jun. 2010.

CANESQUI, A. M. Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: _____. **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro. Editora HUCITEC ABRASCO, 1995. p.19-35.

CANESQUI, A. M. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 215-250, 2008.

CANESQUI, A. M. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 1955-66, jul. 2010.

CNDM – CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Pequim: IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: CNDM, FIOCRUZ, 1996.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 1., 1995, Curitiba, PR. **Anais do I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo, SP. **Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1999.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 3., 2005, Florianópolis, SC. **Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2005.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4., 2007, Salvador, BA. **Anais do IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5., 2011, São Paulo, SP. **Anais do V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 2, n. 20, p. 185-206, jul./dez. 1995.

CORRÊA, M. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. **Cadernos Pagu**, n. 16, p.13-30, 2001.

CÔRREA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003. p. 17-78.

COSTA, A. de O.; BARROSO, C.; SARTI, C. Pesquisa sobre mulher no Brasil: do limbo ao gueto. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 54, p. 5-15, ago. 1985.

COSTA, A. de O.; BRUSCHINI, C. Uma contribuição ímpar: os cadernos de pesquisa e a consolidação dos estudos de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 80, p. 91-99, fev. 1992.

COSTA, A. A. A.; SARDENBERG, C. M. B. Teoria e práxis, feministas na academia: os núcleos de estudos sobre a mulher nas universidades brasileiras. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n.esp, p. 387-400, 1994.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de

Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.10, p.2569-2578, out. 2012.

DINIZ, D.; FOLTRAN, P. Gênero e feminismo no Brasil: uma análise da Revista Estudos Feministas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.esp, p.245-253, set./dez. 2004.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FERREIRA, N. S. de A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002.

FONSECA, C. M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, N. M. T.; SANTANA, J.P. (Orgs). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 21-44.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-57, jan./mar. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. A produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, mai. 2006.

HEILBORN, M. L.; SORJ, B. "Estudos de gênero no Brasil". In: MICELI, S. (Org.) **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Sumaré / ANPOCS / CAPES, 1999, p. 183-221.

IANNI, A. M. Z.; BARBOZA, R.; ALVES, O. S. F.; ROCHA, A. T. da S.; VIANA, S. D. L; TORRES, R. **Questões Contemporâneas nas Ciências Sociais em Saúde: O Estudo de Temas Emergentes nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO 1995-2007**. São Paulo; 2012. (Relatório de pesquisa - Processo CNPq Nº 470389/2009-5).

KNAUTH, D. R.; MACEDO, J. Avanços e retrocesso na incorporação do Gênero na abordagem de práticas corporais, atenção e cuidado à saúde na perspectiva geracional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, III, 2005, Florianópolis. **Oficina de Trabalho GT Gênero e Saúde (documento eletrônico)**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20080219182636.pdf>

LETA, J. As mulheres na ciência brasileira: crescimento, contrastes e um perfil de sucesso. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.49, p. 271-284, 2003.

LOYOLA, M. A. R. A Saga das Ciências Sociais na Área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 251-275, 2008.

LUZ, M. T. Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p.22-31, jan/mar. 2011.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIANO, S. A. O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 483-505, set./dez. 2005.

MATOS, M. I. S. de. Da invisibilidade ao gênero: percursos e possibilidades nas Ciências Sociais contemporâneas. **Margem**, São Paulo, n. 15, p. 237-252, jun. 2002.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; NOCA, J. Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In: MEDRADO et.al.(Orgs). **Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas**. Recife: Instituto PAPAI, 2010. p.53-78.

MINAYO, M. C. S. Entre os vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: Minayo M. C. S.; Deslandes, S. F. (Coord.). **Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MIRANDA, C. M. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**. Artigos e papers do Núcleo Indisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - NIEM/UFRGS. Porto Alegre, 2009. Disponível em:
http://www6.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feminismtas_cyntia.pdf

MONTEIRO, M. Sujeito, gênero e masculinidade. In: ALMEIDA, H.B. et.al. (Orgs) **Gênero em matizes**. Bragança Paulista: EDUSF, 2002. p. 243-262.

NASCIMENTO, J. L. do. **Uma (con)figuração social: cientistas sociais, antropólogos, sociólogos e cientistas políticos em saúde no Brasil**. 2011. 285p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. Tradução de L. F. G. Soares. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8; n. 2, p. 9-41, 2000.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994.

NUNES, E. D. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil: um estudo sobre sua trajetória. In: _____. **Sobre a Sociologia da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 153-170.

NUNES, E. D. Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história. In: MINAYO, M.C. de S.; COIMBRA Jr, C.E.A. **Críticas e Atenuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 19-31.

NUNES, E. D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.esp, p. 64-72, ago. 2006a.

NUNES, E. D. Comissões e Grupos Temáticos. In: LIMA, N. M. T.; SANTANA, J.P. (Orgs). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006b, p. 205-221.

PEDRO, J. M. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **Revista História**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2005.

PIMENTA, F. F. **Políticas feministas e os feminismos na política: o conselho nacional dos direitos da mulher (1985-2005)**. 2010. 312 p. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília.

PINTO, C. R. J. A propósito da controvérsia feminismo/ marxismo (limites e perspectivas do feminismo socialista). In: **REUNIÃO ANUAL DA ANPOCS**, 9, 1985. GT Mulher e Política. São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 1985.

PISCITELLI, A. “Recriando a (categoria) mulher?”. In: ALGRANTI, L. M. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2002, v. 48, p. 7-42.

RAGO, M. Descobrimos historicamente o gênero. **Cadernos Pagu**, n. 11, p. 89-98, 1998.

REZENDE, O. S. et.al. Uma contribuição para a história das Ciências Sociais na Saúde Coletiva – os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco e suas produções científicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 603- 626, 2009.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação. **Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez. 2006.

RUBIN, G. O Tráfico de Mulheres: notas sobre a "economia política" do sexo". Tradução de J. Simões do artigo originalmente publicado In: REITER, R. (Ed.). *Toward the Anthropology of Women*. Nova York: Monthly Review, 1975.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, mai./ago. 2004.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, mar. 2005.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SCOTT, J. W. Prefácio a Gender ans Politics of History. **Cadernos Pagu**, n.3, p. 11-27, 1994.

TEIXEIRA, S. A. **Matrizes e Matizes das Estratégias de Inserção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos Engendrados por Feministas Acadêmicas Brasileiras**. 2010. 186p. Tese (Doutorado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

TRAD, L. A. B. Temas e enfoques contemporâneos nas Ciências Sociais e Humanas no Brasil: expressões e tendências refletidas no V congresso da área. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2373-2379, dez. 2012.

VILLELA, W. **Gênero e Saúde no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Boletim Informativo da ABRASCO. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Apresentação, p.1.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.

48, p. 26-30, nov. 2009.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. A promissora expansão do uso da categoria gênero pela Saúde Coletiva Brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 994-995, jul./ago. 2009. Editorial.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. In: _____. **Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005, p. 15-31.

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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 997-1006, jul./ago. 2009.

YAMAMOTO, O. H. Financiamento da pesquisa no Brasil: distorções e desigualdades. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 2, p. 279-287. dez. 2000.

ZIRBEL, I. **O processo de introdução dos estudos de gênero no Brasil**. 2004. 64 p. Monografia de conclusão de Curso (Graduação em História), Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.

9 - ANEXOS

Anexo 1 - Os eixos temáticos dos cinco Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Saúde.

I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde

Temas:

- 1- Aids no Brasil
- 2- Cidade e Saúde
- 3- Conselhos de Saúde
- 4- Corpo, saúde e doença
- 5- Educação e comunicação em saúde
- 6- Ensino e saúde
- 7- História social da saúde
- 8- Medicamentos
- 9- Movimentos sociais e participação em saúde
- 10- Políticas, instituições e serviços de saúde
- 11- Profissões da saúde
- 12- Questões metodológicas
- 13- Saúde e trabalho
- 14- Saúde mental
- 15- Sexualidade e reprodução humana
- 16- Sistemas médicos e terapêuticos
- 17- Violência e saúde

II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde

Temas:

- 1- Reforma do Estado e Saúde
- 2- Descentralização e novas formas de gestão em saúde
- 3- Equidade e cidadania X Exclusão em saúde
- 4- Controle social na saúde
- 5- Promoção na saúde e intersectorialidade
- 6- Racionalidade e paradigmas em medicina e saúde
- 7- Gênero e saúde
- 8- Etnia e saúde
- 9- Construção social da saúde e da doença
- 10- Ciclos de vida e da saúde
- 11- Estratégias metodológicas da pesquisa em saúde
- 12- Ética e saúde
- 13- Violência: um tema para ciências sociais em saúde
- 14- Transformação no mundo do trabalho e a saúde
- 15- Família e saúde
- 16- Dimensão social dos perfis de Morbi-Mortalidade
- 17- Ensino
- 18- História das instituições de saúde
- 19- Movimentos migratórios e saúde
- 20- Ambiente e saúde: Enfoques multidisciplinares
- 21- Educação em saúde
- 22- Sócio-Antropologia das doenças
- 23- Comunicação e redes de informação em Ciências Sociais e saúde
- 24- Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: Contribuição das Ciências Sociais

III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Eixos Temáticos:

I – Estado, Instituições e Políticas Públicas.

Temas:

- 1- Abordagens teórico-metodológicas para a análise de políticas públicas
- 2- Sistemas de proteção social: Universalidade, Desigualdade e exclusão.
- 3- Política de saúde, relação entre poderes e federalismo
- 4- Relação público/privado na saúde
- 5- Formação, dinâmica e gestão na política de saúde
- 6- Avaliação de políticas de saúde
- 7- Políticas de saúde, participação social e democracia
- 8- Análise de programas, serviços e práticas de saúde
- 9- Globalização, agências internacionais e políticas de saúde
- 10-Instituição e cultura política

II – Sociedade Civil, Movimentos Sociais e Cultura

Temas:

- 1- Desigualdades sociais e justiça
- 2- Construção social da demanda
- 3- Sociabilidade e cidadania
- 4- Práticas sociais em saúde
- 5- Participação e espaços públicos

- 6- Comunicação e sociedade
- 7- Questões urbanas, redes e apoio social em saúde
- 8- Etnia, sociedade e saúde
- 9- Educação em saúde

III - Ciência, Saber e Tecnologia

Temas:

- 1- Análise de instituições e personagens
- 2- Racionalidades e representações sobre saúde e doenças: Estudos teórico-conceituais na área da saúde coletiva
- 3- Abordagens interdisciplinares sobre ciências da vida e da saúde
- 4- Repercussões éticas, culturais, sociais, epistemológicas e legais das tecnologias em saúde
- 5- Redes de informação e comunicação em saúde: Impactos, disseminação, desafios
- 6- Estratégias políticas em ciência e tecnologia
- 7- Progressos tecnológicos e novas formas de subjetivação
- 8- Tecnologias, reprodução e sexualidade

IV – Trabalho, Profissões e Formação Profissional

Temas:

- 1- Práticas profissionais: as questões do cuidar, do tratar e do servir
- 2- Relações de poder e tensões nos grupos profissionais
- 3- Gênero e trabalho em saúde
- 4- Processos de profissionalização, reconhecimento e identidades profissionais
- 5- Trabalho, subjetivação e a construção de alteridade

- 6- Processo de formação e qualificação profissional
- 7- Práticas locais de ensino-aprendizagem em saúde
- 8- Reformas, inovações e mudanças curriculares em saúde
- 9- Educação permanente em saúde: questões tecno-políticas e interinstitucionalidades

V – Subjetividade, Corpo e Pessoa

Temas:

- 1- Corpo, cuidado de si e práticas de saúde
- 2- Corpo e práticas biomédicas
- 3- Gênero, sexualidade e saúde
- 4- Família e saúde

VI – Práticas Corporais, Atenção e Cuidado à Saúde

Temas:

- 1- Atividades corporais e saúde
- 2- Integralidade na atenção: modos de organização das práticas nos serviços de saúde
- 3- Sistemas de cura, sistemas médicos complexos, práticas terapêuticas não convencionais
- 4- Novas práticas em saúde coletiva
- 5- Práticas e estratégias populares de enfrentamento de problemas de saúde
- 6- Práticas integrais no cuidado no ciclo de vida, transtornos e deficiências
- 7- Saberes populares, religiosidade e cura

- 8- Estratégias e práticas em saúde, institucional e médicas e não médicas, desenvolvidas pela sociedade civil dirigidas a grupos específicos.

IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Eixos Temáticos:

I - Saúde Coletiva Hoje: a Prática, o Debate Teórico e o Debate Político

Temas:

- 1- As ciências sociais e humanas na saúde coletiva: desafios epistemológicos e metodológicos
- 2- Ética, política, informação e comunicação em saúde: a formação de redes integradoras de conhecimento
- 3- Formação e ensino de profissionais de saúde
- 4- Economia política da saúde
- 5- Sistemas terapêuticos tradicionais e práticas de saúde emergentes
- 6- Cultura, saúde e doença: corpo, subjetividade e práticas em saúde coletiva

II – Equidade e Direito à Saúde

Temas:

- 1- Sistemas universais para a saúde: reformas, avanços e impasses
- 2- Experiências de novos modelos de gestão e organização dos serviços de saúde

- 3- Integridade e integralidade nas instituições de saúde
- 4- Trabalho e saúde na economia globalizada
- 5- Inovação e avaliação (de) tecnologias em saúde
- 6- Gênero, sexualidade e saúde
- 7- Etnias, raça e direito à saúde

III – Direito à Vida e à Paz

Temas:

- 1- Sofrimento psíquico, mal-estar e condições de vida
- 2- Globalização da violência, violência do cotidiano, guerra e saúde
- 3- Desigualdade, discriminação e exclusão
- 4- Ética, responsabilidade e justiça social
- 5- Solidariedade, reciprocidade afirmativa e sociabilidade
- 6- Migrações, espaço urbano, condições de vida e saúde
- 7- Fome e direitos alimentares

IV – Mobilização e Participação Social: Imperativo para a Saúde Coletiva

Temas:

- 1- Participação e controle social em saúde
- 2- Demandas sociais na produção do direito à saúde
- 3- Mobilização da sociedade civil e movimentos sociais em defesa da saúde
- 4- Movimentos identitários, diversidade e diferenças na saúde
- 5- Avanços coletivos no movimento da construção mundial do direito à saúde
- 6- Democratização X Institucionalização: Limites no processo de participação em políticas de saúde

7- Mobilização social pela saúde no contexto de governos progressistas

V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Grupos Temáticos

1. Aspectos Éticos das Pesquisas em Ciências Sociais e Humanas
2. A Política Brasileira de Atenção à Saúde Indígena: Percursos, Desafios e Perspectivas
3. Análise de Narrativa e Experiência de Saúde, Adoecimento e Cuidado
4. Ciências Sociais e Saúde em Perspectiva Histórica
5. Corpo, Subjetividade e Saúde
6. Etnografias nos Serviços de Saúde
7. Família Contemporânea e Saúde: Sentidos, Relações e Práticas Sócio-Sanitárias
8. Gênero, Sexualidade e Saúde
9. História da Saúde e das Doenças
10. Humanidades e Humanização em Saúde
11. Integralidade, Mediações Sociais e Justiça na Demanda por Cuidado em Saúde
12. Internet, Saúde e Sociedade
13. Masculinidade, Saúde e Produção de Cuidado
14. Movimentos Sociais e Educação Popular em Saúde
15. Olhares Socioculturais Sobre as Enfermidades Crônicas
16. Perspectivas Teóricas nos Estudos Sociais Sobre Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
17. Práticas de Saúde, AIDS, Gênero e Discriminação

- 18. Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde
- 19. Saberes e Práticas Biomédicas e a Produção de Identidade
- 20. Sociologia do Campo da Análise de Políticas Públicas e de Saúde no Brasil
- 21. Violência de Gênero e Saúde

Anexo 2 - Declaração do Comitê de Ética

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefone/Fax: (55-11) 3061 7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

DECLARAÇÃO

“DECLARO, para os devidos fins e atendendo solicitação da interessada, **SABRINA DANIELA LOPES VIANA**, que de acordo com a Resolução CNS 196/96, pesquisas científicas que não envolvem seres humanos em saúde e que se baseiam em análises documentais e/ou de banco de dados de domínio público, não necessitam de aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa para sua realização.”

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, AOS 28 DE JANEIRO DE 2013.-----

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Anexo 3 - Currículos Lattes

Sabrina Daniela Lopes Viana

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2661224357363512>
Última atualização do currículo em 31/12/2012.

Imprimir

Atualmente é mestranda em Ciências na Faculdade de Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Bolsista Capes. Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Sabrina Daniela Lopes Viana
Nome em citações bibliográficas	VIANA, S. D. L.
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Avenida Doutor Arnaldo, 715 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617967 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2011	Mestrado em andamento em Pós Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Gênero e Saúde: uma análise dos trabalhos publicados nos Anais dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO (1995-2011), Orientador: Aurea Maria Zöllner Ianni. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Palavras-chave: Gênero; Ciências Sociais e humanas em Saúde; Congressos; ABRASCO; Saúde Coletiva. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Pesquisa e desenvolvimento científico.
2005 - 2010	Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Perfil e Caracterização dos conselheiros e das entidades representadas nos Conselhos de três Supervisões de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Orientador: Cláudia Maria Bógus. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Aurea Maria Zöllner Ianni

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9828733942571499>
Última atualização do currículo em 23/01/2013

Imprimir

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1980), mestrado (1999) e doutorado (2004) em Ciência Ambiental pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (2009). É docente da Faculdade de Saúde Pública da USP e orientadora de Mestrado e Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. É editora associada da revista Saúde e Sociedade. Tem experiência na área da sociologia e atua na aproximação entre as Ciências Sociais e a Saúde, nos seguintes temas: mudanças sociais contemporâneas e saúde, pensamento social em saúde, e metrópole e atenção em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Aurea Maria Zöllner Ianni
Nome em citações bibliográficas	IANNI, Aurea Maria Zöllner; IANNI, AUREA MARIA ZÖLLNER
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerroqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617967 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
-----------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2008 - 2009	Pós-Doutorado. Programa de Doutorado em Ambiente e Sociedade do NEPAM/IFCH/UNICAMP.
2002 - 2004	Doutorado em Ciência Ambiental (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Fronteiras do Biológico e do Social na Saúde. Um Estudo sobre a Epidemiologia no Brasil - 1990/2002, Ano de obtenção: 2004. Orientador: Renato da Silva Queiroz (co-orientação José Ricardo Ayres).
1995 - 1999	Mestrado em Ciência Ambiental (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Meio Ambiente e Saúde na Periferia da Metrópole. Capela do Socorro, São Paulo, Ano de Obtenção: 1999. Orientador: Renato da Silva Queiroz.
1979 - 1980	Graduação em Licenciatura em Ciências Sociais. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1975 - 1979	Graduação em Ciências Sociais. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.