



ARTIGO DE PESQUISA

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: O OLHAR DE MULHERES QUE A CONSTRUÍRAM

INTEGRAL ATTENTION TO WOMEN'S HEALTH: THE LOOK OF WOMEN WHO BUILT IT

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER: LA VISIÓN DE LAS MUJERES QUE LA CONSTRUYERON

Adriana Lemos¹

RESUMO

Objetivos: conhecer mulheres que participaram da implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nas três instâncias de governo; analisar a inserção e os percursos profissionais dessas mulheres no programa e descrever suas visões sobre o programa, em especial, no âmbito das práticas educativas. **Metodologia:** pesquisa exploratória de caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas gravadas com sete mulheres de diversas categorias profissionais. A análise foi a partir da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** sobre o processo de implantação do PAISM, as respostas apontaram para três vertentes que não são excludentes: uma na perspectiva do profissional, outra na perspectiva da organização dos serviços e por último pela incorporação do movimento social. Mesmo com as dificuldades apresentadas, elas reafirmaram o PAISM como fundamental para a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. **Conclusão:** os princípios do PAISM continuam na vanguarda quanto aos termos de formulação política em atenção à saúde da mulher e, em 2004, esse cuidado se tornou uma política pública, porém, o grande desafio está em efetivá-lo. A atenção de forma integral incorporando a visão dos direitos sexuais e reprodutivos pode colaborar fortemente para o contexto das políticas e das boas práticas profissionais. **Descritores:** Saúde da mulher; Políticas públicas de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

Objectives: to meet women who participated in the implementation of the Program for Integral Attention to Women's Health (PAISM) in the three government levels, to analyze the inclusion and the career paths of these women in the program and describe their views about the program in particular, within educational practices. **Methods:** It's an exploratory qualitative research. Recorded interviews were conducted with seven women from various professional categories. The analysis was based on the technique of content analysis. **Results:** about the deployment process PAISM, the responses pointed to three areas which are not exclusive: the professional perspective, the aspect of the organization of services, and lastly the incorporation of social movement. Even with the difficulties presented they reaffirmed PAISM as fundamental to the achievement of women sexual and reproductive rights. **Conclusion:** the principles of PAISM remain at the forefront of policy formulation in terms of attention to women's health, and in 2004 the attention to women's health became a public policy, however, the challenge is to make it effective. The attention to fully incorporating the vision of sexual and reproductive rights can contribute strongly to the context of policies and best practices. **Descriptors:** Women's health; Health public policy; Program evaluation and health projects.

RESUMEN

Objetivos: conocer a las mujeres que participaron de la implantación del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) en las tres esferas gubernamentales; analizar la inserción y las trayectorias profesionales de esas mujeres en el programa y describir sus visiones sobre el programa; en especial, en el ámbito de las prácticas educativas. **Metodología:** pesquisa exploratoria de carácter cualitativo. Fueron realizadas entrevistas grabadas con siete mujeres de diversas categorías profesionales. El análisis fue a partir de la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** sobre el proceso de implantación del PAISM, las respuestas indicaron tres vertientes que no son excluyentes: una en la perspectiva del profesional, otra en la perspectiva de la organización de los servicios y por último la incorporación del movimiento social. A pesar de las dificultades presentadas, ellas reafirmaron al PAISM como fundamental para la conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. **Conclusión:** los principios del PAISM siguen en la vanguardia respecto a los términos de formulación política en la atención a la salud de la mujer y, en 2004, ese cuidado se convirtió en política pública; sin embargo, el gran desafío está en efectivarlo. La atención de forma integral incorporando la visión de los derechos sexuales y reproductivos puede colaborar fuertemente para el contexto de las políticas y de las buenas prácticas profesionales. **Descritores:** Salud de la mujer; Políticas públicas de salud; Evaluación de programas y proyectos de salud.

¹Doutora em Saúde Coletiva, Profª adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

INTRODUÇÃO

O Brasil, no início dos anos 80, foi vanguarda na elaboração de políticas públicas, ao propor a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com a influência da participação do movimento feminista (MF), de profissionais na instância da formulação de políticas simpatizantes com as causas feministas e do movimento sanitário, tal programa baseou-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas inovadoras. Pautado na noção dos direitos reprodutivos, objetivava proporcionar às mulheres a apropriação de seus corpos e de sua saúde, pressupondo uma prática educativa que permeasse todas as ações desenvolvidas⁽¹⁾. Os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos fazem parte das necessidades humanas básicas, a reprodução, a sexualidade e a saúde têm a mesma importância que os direitos sociais e econômicos⁽²⁾. Neste programa o cuidado de enfermagem se expressa efetivamente em várias ações, como por exemplo, consultas de pré-natal, atendimento ginecológico e, sobretudo, ações educativas.

As diretrizes do PAISM foram reafirmadas e ampliadas vinte anos depois com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher, que se pauta nos princípios da humanização e qualidade da atenção em saúde para que as ações tenham resolutividade, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas questões, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado, nesse contexto a mulher é vista como sujeito da sua cidadania⁽³⁾.

Outra publicação do Ministério da Saúde importante para a atenção à saúde da mulher

é o Documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo que “pauta-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento”^(4, p. 6).

Este trabalho visa apresentar dados da fase exploratória da pesquisa de doutorado intitulada “Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde”, defendida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em abril de 2008. E tem por objetivos: conhecer mulheres que participaram da implantação do PAISM nas três instâncias de governo; analisar a inserção, os percursos profissionais dessas mulheres no programa e descrever suas visões sobre o PAISM de ontem e hoje e, em especial, no âmbito das práticas educativas.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória de caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas gravadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com sete mulheres de diversas categorias profissionais, inclusive duas enfermeiras, que participaram do PAISM em diversas instâncias como primeira Coordenação Nacional, Municipal, coordenação de programa, treinamentos, assistência direta em Unidade Básica de Saúde (UBS) e hospitalar, assim como no MF. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas a partir do referencial teórico de Bardin⁽⁵⁾. Vale ressaltar que os nomes das presentes no texto são fictícios.

A pesquisa de doutorado foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de

Janeiro sob o Parecer nº. 58A/2006 e Protocolo de Pesquisa nº. 21/2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistadas têm em média 52 anos; uma negra, uma de origem oriental, duas brancas e as demais pardas. Apenas uma afirma não viver em relação conjugal e não ter filhos. As outras se apresentaram como casadas ou com companheiros e possuem de um a dois filhos entre 16 e 31 anos. Seis são moradoras da Zona Sul e uma da Zona Norte do Município do Rio de Janeiro. Duas são enfermeiras, uma historiadora, uma assistente social e as demais médicas, dentre essas, cinco são sanitaristas.

Das sete entrevistadas, uma foi da coordenação nacional, três da municipal, duas de esfera federal e uma de esfera municipal. Quatro participaram do MF. O PAISM é uma ideia de perspectiva feminista que teve origem no debate sobre o controle da fecundidade e da natalidade e de uma melhor atenção à saúde da mulher⁽⁶⁾. Das três que não participaram do MF, duas afirmaram simpatia pelo movimento e se sentiam feministas. Todas as outras foram do MF antes de trabalharem no PAISM, grupos como o Coletivo de Mulheres de Boston e Grupo de Mulheres Brasileiras em Boston; Centro da Mulher Brasileira; Nós Mulheres e um grupo de teatro foram citados pelas participantes.

Na verdade eu tive duas aproximações, foi através do movimento feminista autônomo, através de um grupo de teatro do qual eu fazia parte e através de um treinamento que eu fiz aqui em 1987 mesmo, foi um dos primeiros treinamentos do PAISM oferecido pelo município de Niterói e foi a primeira vez que eu tive contato com uma oficina de práticas educativas (entrevistada 7).

Apesar de pensamentos e forças contrárias ao caráter “feminista” do

Programa, o PAISM “constitui um ícone para o feminismo brasileiro, por ser o mito fundador das políticas públicas em saúde da mulher”^(6, p. 6).

Em relação à atuação profissional antes do PAISM, todas em algum momento passaram pelo serviço privado, porém, a principal inserção foi no serviço público. Vale ressaltar que uma começou a vida profissional na Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), mas foi despedida por não seguir a linha de trabalho da instituição, tal entidade começou a atuar no Brasil na década de 60 e sempre foi criticada por adotar uma política indireta que visava o controle da natalidade e não a saúde das mulheres⁽⁷⁾.

Quanto a aspectos que as informantes relacionavam à atenção à saúde da mulher e sua relação com a trajetória na formação acadêmica e profissional, os primeiros discursos apresentavam aspectos negativos, tais como: mau relacionamento interpessoal no campo prático de ensino entre médico e paciente, relação desrespeitosa e de poder e, no campo teórico, a ausência de assuntos sobre métodos contraceptivos; como os seguintes relatos:

Só aprendi que existia diafragma no movimento de mulheres. No curso de medicina eu não aprendi nada além da tuba (referindo-se as Trompas de Falópio) (entrevistada 4).

Na ginecologia, a forma como se tratavam as mulheres, um horror verdadeiro (entrevistada 2).

Uma médica apontou um aspecto positivo em sua formação na área de obstetrícia, que foi a participação em um parto realizado por enfermeiras, de uma forma tranquila e respeitosa.

A inserção dessas informantes no programa se deu de forma variada, através de convite devido à experiência na área e/ou no movimento feminista, por interesse pessoal ou por processo de reorganização do serviço.

Todas passaram por cargos de assistência direta, chefias e coordenações diretas ou indiretas no PAISM.

O tempo de permanência no PAISM foi bastante diversificado. De todas as entrevistadas, apenas uma continua até hoje, não na assistência direta, mas sim no treinamento de profissionais para atuarem no programa. Questões de ordem política e ideológica foram citadas como justificativas para a saída do programa por quatro entrevistadas. Uma das participantes relata com bastante emoção sua saída, ela participou da implantação do programa em cargo de coordenação em nível nacional (nomes fictícios):

... Foi absolutamente traumática, foi uma ferida que demorei anos para cicatrizar... eu não dava este caráter de negociação política e obviamente o novo ministro quer dar uma nova feição... e na verdade colegas do próprio grupo já tinham negociado as nossas saídas... mas eu queria pelo menos terminar o material... e Cris disse: Kátia você não entendeu, você foi mandada embora... saí numa derrota ética (entrevistada 3).

A outra, também em cargo de coordenação, porém no nível municipal: *na época teve uma questão interna, uma questão política, e era um cargo de confiança. Então, eu, como outros profissionais, a gente pediu exoneração e cada um foi para um lado, aí o grupo se desfez (entrevistada 7).*

... Mudou-se a direção... eu não me sentia respaldada, sentia que a direção queria as necessidades da CAP (coordenação de área de planejamento)... 'você tem uma visão e eu tenho outra' (se referindo ao diretor)... eu já estava no meu limite (entrevistada 6).

Três permaneceram no programa em média 9 anos, duas na coordenação municipal e uma no nível local, as demais em média 4 anos.

Implantação do PAISM

Foi solicitado que as informantes apontassem aspectos positivos e negativos sobre o processo de implantação do PAISM.

Os aspectos positivos apresentados são variados, provavelmente devido às diferentes inserções das mulheres nos níveis de atenção a saúde. Basicamente as respostas apontaram para três vertentes que não são excludentes: uma na perspectiva do profissional, como uma proposta que leva o profissional à reflexão e que pode provocar mudanças em sua prática que mexe com a hierarquia de poder médico e a enfermagem que favorece a interdisciplinaridade e ainda através do respaldo do gestor frente à criatividade da equipe para formular e executar as ações; uma seguinte na perspectiva dos serviços como reorganização da atenção voltada para integralidade rompendo com o modelo de programas verticais, capacitação dos profissionais e investimentos e recursos do Ministério da Saúde e da Organização das Nações Unidas; e a última no que se refere à incorporação do movimento social, em especial o de mulheres na formulação do programa.

O PAISM surge no início da década de 1980 sob os ares da democratização do País e dos princípios do movimento de Reforma Sanitária, o que contribuiu para sua criação e implantação, tanto na perspectiva da capacitação e da participação do profissional, como podemos exemplificar nas seguintes falas:

... A criatividade do profissional tem de ser valorizada pelo gestor... e o Carlos bancava isso, dava esse acesso... a gente montou um projeto que tinha toda uma proposta que era bancada pela unidade... uma equipe multiprofissional... (entrevistada 6).

... Implantar uma política que comportasse a capacitação dos profissionais

da rede em relação às práticas educativas, em relação à parte técnica... (entrevistada 7).

Assim como da organização dos serviços: ... nós tínhamos que programar para as mulheres, que tinha que estar centrado numa concepção diferente do que tinha, a ideia de construir um programa. Horizontal contra a verticalidade desse programa, de integralidade e cuidados para entender o sujeito como um todo... romper com os programas verticais (entrevistada 3).

... A questão da interdisciplinaridade era fundamental. Tínhamos uma questão importantíssima que era uma discussão na época que era assim, defendíamos a tese que não precisava ser profissional médico ginecologista aquele a transmitir os conhecimentos técnicos para o grupo, isso foi uma grande questão (entrevistada 5).

Para Ávila⁽⁸⁾, a implantação do PAISM reuniu fatores paradoxais: um seria a inspiração nas ideias feministas; o outro, que o Ministério teria como principal fator para a elaboração desse tipo de programa a necessidade de implantar ações de planejamento familiar, pois estas se constituíam como uma exigência do Fundo Monetário Internacional (FMI).

... Ele vem com a reorganização dos serviços de saúde, com todo um movimento de mulheres atrás dele (entrevistada 2).

... Nós construímos um projeto com fundo das nações unidas, ganhamos uma grana, fomos negociar no qual passamos a ter recursos... (entrevistada 3).

Esta última informante relata que, mesmo sabendo do interesse maior do Fundo, conseguiu negociar financiamento para o programa sem alterar sua essência, ou seja, sem perder o princípio dos direitos reprodutivos.

Quanto aos aspectos negativos do processo de implantação do programa, em relação aos profissionais, foi relatada a não adesão, principalmente dos médicos; em

relação aos serviços, uma visão preconceituosa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão responsável pela implantação na época, a descontinuidade de insumos, pouca cobertura da população e não efetivação da implantação, ações restritas a contracepção; e resistência de parte do movimento de mulheres por ser um Programa do período da ditadura.

O PAISM não foi implantado na perspectiva da integração, ele não foi assumido pelas unidades clínicas do INAMPS que era um grande órgão responsável pela assistência (entrevistada 2).

... O peso do médico na equipe de saúde... ele seria o profissional de maior resistência... pela questão histórica da perda de poder... uma outra dificuldade é tirar o médico do horário de consulta para participar do grupo... (entrevistada 5).

Pougy⁽⁹⁾, em sua análise sobre o PAISM na Reforma Sanitária, afirma que o que prevalece nos serviços de saúde é a visão do programa como uma política de oferta de tecnologia contraceptiva.

A gente não conseguiu de fato implantar o PAISM... há uns 2 ou 3 anos... é a descontinuidade do insumo (método contraceptivo) (entrevistada 1).

... Só teve pernas para focar mais nessa questão da contracepção... a gente não conseguir abarcar a equipe da época, porque assim, era uma rede enorme... (entrevistada 7).

Perguntamos como elas viam o PAISM hoje e quais as suas perspectivas; duas se abstiveram de falar por estarem afastadas há muito tempo e não se sentiam em condições de avaliar. No geral, as perspectivas apresentadas não foram muito animadoras. Como problemas, foram citados: a não implantação efetiva nos Estados e Municípios; a necessidade de um acompanhamento efetivo para avaliação e ainda a formação inadequada

dos profissionais etc. Como nos diz Souza⁽¹⁰⁾, o PAISM continua na vanguarda quanto aos termos de formulação política em atenção à saúde da mulher; porém, o grande desafio está em efetivá-la.

Práticas educativas no PAISM

A educação em saúde é outra marca do movimento feminista no PAISM. Foram produzidos manuais de capacitação de profissionais de saúde por feministas⁽⁶⁾. Essas mulheres, direta ou indiretamente, participaram dos treinamentos nos municípios onde o PAISM estava sendo implantado.

As práticas educativas inovadoras foram criadas através do contato com as usuárias nos serviços de saúde ou no movimento de mulheres, com referencial teórico da psicanálise, da saúde mental, de Paulo Freire. A concepção freiriana de educação se afirmava como ato político, humanista, capaz de problematizar e possibilitar a libertação pessoal. Nos termos de Souza^(10, p. 26), "... a concepção de educação problematizadora, definida por Freire, funda-se na relação dialógica-dialética entre os sujeitos da educação: educador/a e educando/a. Ela deve orientar-se no sentido da humanização de ambos. A relação dialógica entre os sujeitos é mister para a superação da contradição entre os/as envolvidos/as. Assim, é na dialogicidade e no encontro das diferenças que reside a possibilidade de um novo termo".

Nos primórdios do PAISM, o Ministério da Saúde elaborou um documento preliminar apontando as bases para uma prática educativa no Programa, no qual apresentava uma breve análise sobre a situação da mulher diante do saber médico, analisava as práticas de atendimentos nos serviços de saúde referentes à saúde da mulher e realizava o esboço de uma nova prática com

recomendações para implantação, execução e avaliação⁽¹⁾.

Construir um saber e fazer em educação e saúde na área da mulher era um desafio, como podemos ver em alguns depoimentos a seguir:

... Era uma obrigação nossa encontrar uma metodologia... necessidade de um número mínimo de encontros para dar melhor possibilidade de escolha (do método contraceptivo) (entrevistada 5).

... Nossos treinamentos... três, quatro pessoas de imediato se apaixonaram pela proposta... (entrevistada 1).

Para as informantes as práticas educativas são vistas como uma questão fundamental, pioneira e de cidadania. Através da educação em saúde e sexualidade vislumbra-se a autonomia das mulheres para sua autonomia na escolha de métodos e controle da fertilidade⁽¹¹⁾. Esse programa pressupunha uma prática educativa que permeasse as ações desenvolvidas, asseguradoras da apropriação de seus objetivos⁽¹⁾. Determinados conteúdos eram abordados para o desenvolvimento de uma reflexão capaz de possibilitar a promoção de mudanças pessoais, mediante um processo de reconstrução permanente, como podemos ver nas seguintes falas:

Pioneira, porque trabalha a questão da saúde como direito... inovação, uma verdadeira revolução no modelo de educação e saúde (entrevistada 2).

É o grande divisor de água, ele mostrou essa coisa do movimento feminista, da luta das mulheres, do olhar integral... o educativo não se dá somente na prática de grupo mas no escutar, ouvir (entrevistada 6).

Essa pedagogia se baseava em metodologias criadas no final dos anos de 1970, conhecidas como *learning by doing* (fazendo e aprendendo), quando se formularam as primeiras estratégias e instrumentos pedagógicos, sua inspiração

central eram os conceitos de emancipação das mulheres/discriminação feminina⁽¹²⁻¹³⁾.

Quanto às perspectivas para o PAISM, duas se abstiveram de falar por estarem afastadas há muito tempo e não se sentiam em condições de avaliar. No geral, as perspectivas apresentadas não foram muito animadoras, pontuaram a não implantação efetiva nos Estados e Municípios; a formação inadequada dos profissionais, confirmando o que nos diz Oliveira⁽⁶⁾, que as escolas de medicina e enfermagem não enfocam por desconhecimento ou descaso os conceitos básicos como direitos sexuais e reprodutivos. E ainda a necessidade de um acompanhamento efetivo para avaliação. Por outro lado, reafirmam a importância do Programa por ser ainda atual e fazer refletir e mudar a postura frente ao profissional e em alguns aspectos até mesmo da própria vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para essas mulheres o PAISM teve importância não só profissional como pessoal. Em seus depoimentos, em alguns momentos bastante emocionados, falavam de algo distante e que de alguma forma perdeu o encanto. Porém, em outros, reafirmavam o PAISM como fundamental para conquista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Os depoimentos formaram um grande mosaico, mulheres que estavam inseridas em contextos diferentes, comolhares diferentes. No entanto, uma grande rede se formou, uma vez que seus princípios e desejos tinham objetivos comuns: os de melhorar a atenção à saúde da mulher. Mesmo com as dificuldades apresentadas, elas reafirmaram o PAISM como fundamental para a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Como nos diz Souza⁽¹⁰⁾, o PAISM continua na vanguarda quanto aos termos de formulação política em atenção à saúde da mulher; porém, o grande desafio está em efetivá-lo.

Portanto, discutir a atenção voltada para a saúde da mulher de forma integral, incorporando a visão dos direitos sexuais e reprodutivos ao cuidado de enfermagem pode colaborar fortemente para o contexto das políticas e práticas profissionais que, culturalmente e historicamente, são moldadas no paradigma biomédico e em relações desiguais de poder entre profissionais e usuárias. E a enfermagem pode contribuir para mudar esse panorama e, assim, colaborar para a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
- 2- Petchesky RP. Rights and needs: rethinking the connections in debates over reproductive and sexual rights. *Health Hum Rights* 2000;4(2):17-29.
- 3- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- 5- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
- 6- Oliveira F. Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas. *J Rede Fem Saúde*. 2005;5(27):6-9. 7. Vieira EM. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó E, organizador. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas (SP): Editora da Unicamp; 2003. p. 151-196.

- 8- Ávila MB. PAISM - um programa de saúde para o bem estar de gênero. 2ª Ed. Recife: SOS CORPO; 1995.
- 9- Pougy LG. O PAISM na reforma sanitária: redimensionando o público na saúde integral. In: Silva DPM, organizador. Sexualidade em diferentes enfoques: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva. Niterói (RJ): Muiraquitã/Programa de Estudos de Gênero, Geração e Etnia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 102-122.
- 10- Souza KV. Saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos - uma experiência em um "círculo de cidadania" [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
- 11- Costa AM, Guilhem D, Silver L. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2006;6(1):75-84.
- 12- Corrêa S. Gênero: reflexões conceituais, pedagógicas e estratégicas. Relações desiguais de gênero e pobreza. Recife (PE): SOS CORPO; 1994.
- 13- Corrêa S, Camurça S, Xavier D. Seminário de Metodologia de Práticas em Saúde da Mulher. Relatório. Olinda (PE): SOS CORPO; 1988.

Recebido em: 30/05/2011

Versão final reapresentada em: 20/06/2011

Aprovado em: 25/06/2011

Endereço de correspondência

Adriana Lemos

Rua Bento Lisboa, nº165 apto. 103, bairro Catete.

Rio de Janeiro/RJ - Brasil cep: 22221-010.

E-mail: adrilemosp@yahoo.com.br