

# **GÊNERO, CRENÇA RELIGIOSA E PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS AGENTES DE SAÚDE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

Patrícia Silveira de Farias<sup>1</sup>

Ludmila Fontenele Cavalcanti<sup>2</sup>

Verônica Dutra dos Santos da Conceição<sup>3</sup>

Resumo: Este artigo pretendeu analisar, sob a perspectiva sócio-antropológica, as relações entre religião, gênero e políticas públicas, através do estudo sobre as percepções dos profissionais de saúde vinculados ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no município do Rio de Janeiro. A metodologia adotada foi a triangulação de métodos, a partir da qual se estruturou e se aplicou 52 questionários a enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais de seis unidades de saúde, sendo quatro hospitais-maternidade, uma casa de parto e uma maternidade de um hospital geral; também foram efetuadas 12 entrevistas em profundidade para ampliar o conhecimento sobre o tema. Foram constatadas dificuldades dos profissionais em lidarem com o aspecto religioso, tendo sido evidenciado que tal aspecto é foco de tensões e disputas na equipe.

Palavras-chave: gênero; saúde; religião; PAISM

## **GENDER, RELIGION AND PRACTICES FROM HEALTHCARE PROFESSIONALS OF THE PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)**

Patrícia Silveira de Farias

Ludmila Fontenele Cavalcanti

Verônica Dutra dos Santos da Conceição

Abstract: This article intended to analyze the relation between religion, gender, and public policies from a socio-anthropological perspective. The study was based on the perceptions of healthcare professionals related to the Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM), developed in the city of Rio de Janeiro. The methodology adopted was the triangulation of methods; an inquiry was applied to the nurses, physicians, nursing staff, psychologists and social workers from six healthcare units. Furthermore, twelve in-depth interviews were carried out for a better understanding of the subject. Results from the

<sup>1</sup> Graduada em Comunicação Social pela PUC-RJ, mestre em Teoria da Cultura pela Escola de Comunicação da UFRJ, doutora em Antropologia Cultural pela UFRJ e professora adjunta do Departamento de Política Social da ESS/UFRJ.

<sup>2</sup> Professora da Escola de Serviço Social da UFRJ, Assistente Social e Advogada. Mestre em Serviço Social pela PUC-RJ, Doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ.

<sup>3</sup> Bacharel em Serviço Social pela UFRJ.

research demonstrated that for these professionals it is very difficult to deal with religious issues and that this subject brings tension and conflicts for the team.

Keywords: gender; healthcare; religion; PAISM

## **Apresentação**

O presente artigo apresenta os resultados da pesquisa sócio-antropológica teve como objetivo analisar as influências religiosas, particularmente as católicas e protestantes, dos profissionais de saúde inseridos nas ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism)<sup>4</sup>. Apesar do avanço conceitual na organização formal do Paism, é no espaço dos serviços que os profissionais de saúde materializam um conjunto diferenciado de práticas capazes ou não de garantir os direitos sexuais e reprodutivos conquistados. Da inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos, no conjunto dos direitos humanos, decorre o reconhecimento legal da responsabilidade do Estado em assegurá-los e a relação estabelecida do indivíduo com o Estado como sujeito portador de direitos.

No entanto, ainda existem inúmeras dificuldades entre a formulação conceitual e legal e a efetiva aplicação e incorporação desses novos referenciais às práticas de saúde. Entre os obstáculos significativos está a forte atuação de grupos religiosos, que insistem em reconhecer somente deveres reprodutivos e em manter e/ou incorporar suas concepções dogmáticas de forma hegemônica para toda a sociedade. Assim, pretendeu-se: a) analisar os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde sobre a religião, no contexto das ações do Paism; b) analisar comparativamente as influências religiosas nas diferentes ações do Paism; c) dimensionar as limitações à atuação institucional decorrentes da influência religiosa dos profissionais de saúde inseridos nas ações do Paism; e d) ampliar o debate sobre o tema da saúde sexual e reprodutiva e a garantia de direitos no Estado laico junto às unidades de saúde municipais do Rio de Janeiro executoras do Paism.

A metodologia utilizada nessa pesquisa privilegiou a triangulação de métodos, através das abordagens quantitativa e qualitativa na coleta e na análise dos dados acerca do objeto de estudo, de maneira a possibilitar a compreensão das questões objetivas e subjetivas.

Para isso, foram analisados 52 questionários aplicados entre os profissionais de saúde inseridos nas ações do Paism em seis unidades de saúde, sendo quatro hospitais maternidade,

---

<sup>4</sup>Para a realização da pesquisa, obtivemos o apoio do CNPq, através de dotação financeira, e da Faperj e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UFRJ, por via de bolsa de iniciação científica. Além das autoras, também participou do estudo Vanessa Costa Pereira, na condição de assistente de pesquisa.

uma casa de parto e a maternidade de um hospital geral, todos no município do Rio de Janeiro. Também foram analisadas 12 entrevistas qualitativas, realizadas de forma a aprofundar algumas questões consideradas de maior relevância.

Tomando o Paism como o contexto onde se situam as representações e as práticas profissionais, serão apresentados os aspectos conceituais e metodológicos que alicerçam a pesquisa e a análise sobre os resultados obtidos.

### **Serviços de saúde como contexto de construção dos direitos sexuais e reprodutivos**

O Paism representou uma resposta institucional à forte mobilização que os movimentos sociais, em especial o de mulheres, empreenderam no final dos anos 70 e início da década de 80, motivados pela necessidade de redefinição das políticas públicas de saúde no país. Passou a ser reconhecido como modelo assistencial capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina diante do quadro epidemiológico que sinalizava a urgência de se promover a reestruturação imediata do modelo assistencial de saúde.

Apesar do avanço conceitual na organização formal do Paism, é no espaço dos serviços que os profissionais de saúde materializam um conjunto diferenciado de práticas capazes ou não de garantir os direitos sexuais e reprodutivos conquistados.

No escopo do Programa, as ações realizadas pelos profissionais de saúde devem considerar a mulher como ser integral, cujo ciclo da vida tem fases, nas quais profundas modificações existem e que devem ter assistência especial, mesmo reconhecendo que estas fases são passagens naturais na vida das mulheres, e que a orientação e o apoio do serviço de saúde não significam sua medicalização ou tratamento como patologias.

A nova postura dos profissionais na sua relação com a clientela preconizada pelo Paism não elimina a realização de atividades individuais, incluindo-as no conjunto de atividades educativas, contudo, a atividade de grupo é o *locus* privilegiado das práticas educativas. Estas práticas possibilitariam maior participação das usuárias no ambiente institucional, considerando-as sujeitos dos serviços e colocando-as no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de atenção à saúde. As práticas educativas se propõem a ampliar o enfoque de prevenção, de constituição de sujeitos e de afirmação dos direitos de cidadania (IBAM, 1994).

Ventura (2006) aponta que as premissas básicas que vêm permitindo avanços no campo dos direitos reprodutivos estão expressas nos dispositivos constitucionais que dizem respeito: à vida digna; à integridade física e psicológica; à igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, em geral, e na sociedade conjugal, em particular; à igualdade entre

os filhos; ao reconhecimento de várias formas de família; à inviolabilidade da intimidade e privacidade; à proteção à maternidade na esfera da seguridade social e do trabalho; ao direito à saúde com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; ao direito ao planejamento familiar, com formulação muito próxima à concebida pela Conferência sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994.

Da inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos, no conjunto dos direitos humanos, decorre o reconhecimento legal da responsabilidade do Estado em assegurá-los e a relação estabelecida do indivíduo com o Estado como sujeito portador de direitos.

A Declaração e a Plataforma de Ação do Cairo, resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, representou um marco na formulação internacional no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

A formulação proposta pelo documento do Cairo para os direitos reprodutivos, segundo Ventura (2006), está consagrada no Brasil e pode ser vista em diversos documentos e atos normativos governamentais relacionados às políticas e ações de saúde sexual e reprodutiva feminina, todavia, observa-se um componente moral-religioso que dificulta a implementação e o aprimoramento de iniciativas favoráveis à saúde sexual e reprodutiva em diferentes áreas.

A publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2003, pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, é considerada por Oliveira (2005) como uma tradução de linhas de ação, sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo Paism. Uma das áreas de maior visibilidade dessa Política é justamente a área dos direitos sexuais e reprodutivos.

No entanto, ainda existem inúmeras dificuldades entre a formulação conceitual e legal e a efetiva aplicação e incorporação desses novos referenciais às práticas de saúde. Entre os obstáculos significativos, estão persistentes desigualdades de gênero; a forte atuação de grupos religiosos, que reconhecem muito mais os deveres que os direitos reprodutivos e que procuram afirmar suas concepções de forma hegemônica para toda a sociedade; os desafios econômicos e sociais resultantes do empobrecimento da população, somados à falta de capacidade do Estado de expandir seus investimentos nas áreas sociais (VENTURA, 2006).

### **Religião, gênero e saúde: aspectos conceituais para pensar as representações sociais dos profissionais de saúde**

O mito de origem das profissões ligadas à saúde repousa na religião, entendida aqui como sistema de crenças, atitudes e práticas relativo ao sagrado transcendente. Assim, aqueles

que curavam, cuidavam e se encarregavam de prescrever os procedimentos necessários à manutenção do bem-estar, nas sociedades simples, eram os mesmos investidos de poderes sobrenaturais, cosmológicos. Eram, enfim, os líderes espirituais de seus povos, indivíduos responsáveis pela mediação entre seres divinos e humanos. Desta perspectiva, adoecer era de alguma forma fragilizar, ameaçar ou romper a ligação entre a comunidade e o cosmos. Neste processo, os cuidadores, ao se responsabilizarem pela cura e cuidados dos enfermos, eram também os responsáveis pela manutenção da saúde e bem estar de toda a comunidade.

A modernidade traz em seu bojo a crença na racionalidade humana e o desapego em relação à ideia de que da ligação com o divino dependeria, exclusivamente, o destino humano na Terra. Esta nova perspectiva, que teria na ciência seu ícone máximo, também leva a um gradativo rompimento entre saúde, bem estar e religião. O aumento da divisão social do trabalho, a especialização e a profissionalização chegaram até os procedimentos ligados à dor e à doença. Foi-se construindo, portanto, uma clivagem entre sistemas de crença religiosa e profissões ligadas à saúde. Entretanto, não basta institucionalizar as profissões de médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, organizando-as em campos de conhecimento científicos e de trabalho assalariado, dotando-as de teorias e conceitos próprios, para que o vínculo tradicional com valores e orientações religiosos desapareça em sua plenitude<sup>5</sup>.

A influência da religião se torna ainda mais complexa quando se analisa o outro elemento conceitual da presente pesquisa, qual seja, as relações sociais de gênero.

No Brasil, historicamente, a atuação normativa das religiões católica e protestante no campo dos comportamentos sexuais, particularmente em relação à mulher, é enfatizada por diversos autores. Costa (1999), por exemplo, analisando a Igreja Católica desde o período colonial, considera-a a instituição que construiu, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: português e cristão. Também afirma Stolcke (2007), que os impérios português e espanhol, conjugados à Igreja Católica, normatizavam o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres brancas e não-brancas em relação aos homens, com o intuito declarado de assegurar a continuidade da família patriarcal e da dinâmica da distribuição de bens por herança. O sucesso deste projeto envolveu estratégias tanto no plano do discurso cotidiano como, ainda, em práticas que excluía as mulheres de outros papéis e espaços que não aquele determinado pela vida familiar. Nesse sentido, a Igreja garantiu, a partir da descendência controlada, o estabelecimento da sociedade familiar colonial.

---

<sup>5</sup> Simões (2005), por exemplo, discute esta herança religiosa no Serviço Social no Brasil e na Inglaterra, e sugere que ela permanece até os dias de hoje em ambos os países.

Enfim, a hegemonia da Igreja Católica no Brasil, desde a chegada dos portugueses no século XVI, reflete-se na sua marcante influência nas esferas política, social e, sobretudo, na codificação e normatização da esfera moral – particularmente da moral sexual. No entanto, a partir dos anos 1970, a Igreja Católica, apesar de manter sua condição de religião preponderante, passou a se defrontar com a concorrência de igrejas pentecostais que crescem em número de denominações e adeptos, muitos dos quais originalmente católicos (CITELI, 2005).

No campo do protestantismo, cumpre lembrar que, originariamente, a Reforma incidia diretamente contra o que considerava os “excessos” permitidos pelo catolicismo. Como frisa Weber (1996), por exemplo, a Ética protestante ostentava a “seriedade”, a “vida regrada” pelo trabalho, o autocontrole e a obediência estrita às normas sagradas como símbolos de uma nova concepção de vida. Assim, como lembra Burke (1995), também as preocupações dos reformadores da Igreja Católica incidiam sobre a necessidade de combater uma moralidade tida como frouxa, lasciva e pagã, o que foi se acentuando ao longo do século XVIII, quando, de acordo com Thompson (1987), passa a haver uma imposição de disciplina moral e social aos trabalhadores, coibindo suas manifestações festivas, tanto quanto regulamentando o comportamento sexual recomendado moralmente.

No caso brasileiro, o protestantismo vem sendo introduzido paulatinamente desde o século XIX, e é no século XX que se vê a explosão de sua mais nova vertente, o pentecostalismo. Dentro dele, vem se constituindo, nas últimas décadas, um discurso e uma prática marcados ainda mais pela afirmação de uma ordem moral e religiosa exclusiva e pela dificuldade em negociar e aceitar outras tendências religiosas, percepções do mundo e práticas morais, particularmente aquelas identificadas com a tradição africana. Esta construção de uma nova ordem moral e religiosa exclusiva, e, portanto, esta resistência em negociar com o outro, aciona uma disposição em evangelizá-lo, ao mesmo tempo marcando o lugar primordial da obediência às regras religiosas, para além de quaisquer atuações profissionais inscritas no mundo secular.

Seja qual for a orientação religiosa, o sistema de crenças passa a orientar as ações de seus fiéis em todo o seu fazer cotidiano, inclusive em suas relações de trabalho. No caso dos profissionais de saúde, a incidência de princípios religiosos em suas avaliações, atitudes e atuações diante dos usuários do sistema constitui um desafio, na medida em que sobrepõe dois sistemas de comportamento – um, prescrito pelo poder público, diante de demandas dos movimentos sociais; outro, referido ao mundo do sagrado – e um sagrado pouco flexível diante de outros sistemas.

Apesar da separação entre as igrejas e o Estado estar assegurada na Constituição desde 1890, observa-se um acentuado grau de influência em determinadas decisões do Estado, especialmente aquelas relativas aos direitos sexuais e reprodutivos. Ou seja, o Estado, apesar da natureza laica, tem se mostrado sensível às igrejas e permeável ao discurso religioso.

À laicização do Estado correspondeu também uma separação de esferas de formação profissional, onde a crença religiosa, no caso dos profissionais, foi assumida como pertencente à esfera privada, enquanto a prática se enraizava na esfera pública, onde a garantia de direitos, a politização da questão social e o combate à exclusão social davam visibilidade às políticas endossadas e levadas à frente pelos profissionais de saúde. Entretanto, este movimento de separação entre ciência e religião e entre prática e crença religiosa, longe de significar um afastamento de fato, permanece como uma tensão, muitas vezes oculta e por isso mesmo mal resolvida – e esta é a hipótese do estudo que deu origem a este artigo. Desconsiderar a influência religiosa como “coisa do passado”, e assumir que a laicização é um esforço já consolidado são atitudes que merecem uma segunda análise, pois parece que o vínculo entre doença, cura e religião, particularmente em se tratando das mulheres, permanece e se atualiza para além do que é dito e estabelecido por Estados, gestores e políticas públicas.

Nesta linha de raciocínio, a luta por autonomia feminina neste campo sempre esteve relacionada, para o bem e para o mal, com a discussão e a tensão com o próprio papel que a religião desempenhava na constituição de papéis de gênero, entendidos como uma relação de diferenças sexuais construídas culturalmente e hierarquizadas socialmente. Em solo brasileiro, para citar outro momento, o apoio de igrejas católica e protestante no enfrentamento da ditadura militar durante os anos 1960/1970, em todo o continente latino-americano, se por um lado garantiu a sobrevivência e a persistência de muitas militantes na luta, por outro foi constituinte da feição das militâncias nestes territórios. A perspectiva diante do abortamento e das políticas de contracepção, a ênfase no papel de mães – vide o movimento das mães da Plaza de Mayo, na Argentina – são alguns destes reflexos.

Outras religiões, como o candomblé, no entanto, reservaram ao longo da história papéis mais ativos e autônomos neste campo da sexualidade feminina, embora de alguma forma sempre abranjam a constituição de regras a respeito<sup>6</sup>.

Um eixo da discussão entre sexualidade, gênero, saúde e religião renasce quando os movimentos de mulheres demandam por políticas específicas de garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos, nos anos 80 do século XX. Entendido como estratégia política, o

---

<sup>6</sup> Por exemplo, os estudos de Landes (2002), ainda nos anos 30 do século XX, sobre os papéis femininos e masculinos nos terreiros de candomblé em Salvador; e de Birman (1995), sobre gênero e homossexualidade nos terreiros do Rio de Janeiro.

conceito de direitos reprodutivos teve um forte caráter de contestação do modelo autoritário de saúde da mulher, estando diretamente relacionada aos direitos ao aborto seguro e legal, à igualdade entre os gêneros no que diz respeito às responsabilidades contraceptivas e reprodutivas, ao acesso à informação e aos meios para o controle da própria fecundidade, e à liberdade sexual e reprodutiva sem discriminação, coerção ou violência.

Embora o debate atual sobre a descriminalização do aborto se ancore fortemente nos direitos sexuais e reprodutivos, e o contexto mundial seja favorável ao rompimento com determinados conceitos e preconceitos em relação a essa prática, observa-se uma ausência de sistematização reflexiva sobre a interseção entre o campo da saúde sexual e reprodutiva e a religião, especialmente com foco nos serviços de saúde.

Natividade e Oliveira (2004), abordando algumas tendências recentes nos discursos evangélico e católico sobre homossexualidade, apontam que há uma vasta bibliografia no campo da antropologia da religião que se empenha em salientar o impacto da adesão religiosa ao pentecostalismo na esfera das relações de gênero.

Duarte (2007) explica que ocorre um constante fluxo dos estudos de religião ora mais próximo do centro das questões que nos apresentam a instituição e a experiência religiosas, ora nas fronteiras que desenham com as demais temáticas de pesquisa social. Os fenômenos da saúde, da reprodução e da sexualidade compõem, de maneira mais imediata, a dimensão ‘moral’ da definição dos sujeitos sociais e acarretam, inevitavelmente, uma indagação sobre as relações entre o *ethos* familiar e o *ethos* religioso.

Citeli (2005) faz uma extensa revisão crítica sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002) onde dedica um capítulo ao tema das religiões e sexualidade. A autora apresenta diferentes pesquisas que, em sua maioria, abordam os comportamentos sexuais sobre dois campos: a Igreja Católica e as Pentecostais.

Os direitos sexuais e reprodutivos no campo da saúde apontam desafios no campo da política de saúde, especialmente no âmbito dos serviços. O discurso religioso aparece na literatura referida como uma variável relevante que conforma a atuação dos profissionais de saúde em relação ao aborto. Todavia, questões como sexualidade, gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, contracepção, esterilização, doenças sexualmente transmissíveis, reprodução assistida, violência sexual, climatério, câncer de mama e cérvico-uterino são questões cruciais em que se pode visualizar o efeito de orientações religiosas na prática profissional dos agentes de saúde. Cabe ao poder público ir além deste efeito, assegurando os direitos envolvidos, através de ações de promoção, prevenção e recuperação na rede pública de saúde.

É na relação estabelecida pelos profissionais com as usuárias do Paism que se constrói um esquema interno de explicações sobre sexualidade e reprodução e se materializam práticas que são apreendidas nas múltiplas dimensões que compõem o cotidiano. Entretanto, observa-se uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde em reconhecer os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como integrantes dos direitos humanos fundamentais.

Rosas (2005) afirma ainda que estes profissionais persistem na prática de valorização negativa e culpabilizante da mulher no exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. A vitimização institucional ocorre desde o abuso de poder do(a) profissional em omitir informação, impedindo a tomada de decisões conscientes por parte das mulheres, até a prática de procedimentos médico-cirúrgicos sem o consentimento livre e esclarecido da mulher.

Os provedores de atenção em saúde, conforme a OMS (2006), personificam os valores essenciais do sistema: cura e atenção às pessoas, alívio à dor e ao sofrimento, prevenção de enfermidades e diminuição dos riscos; se constituindo no vínculo humano entre conhecimento e ação sanitária. No entanto, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, estudos sobre a atitude profissional frente ao aborto, por exemplo, apontam uma ambiguidade nos profissionais, que têm dificuldade em romper com alguns dogmas religiosos, especialmente aqueles relativos à Igreja Católica e ao pentecostalismo, e acabam reproduzindo uma moral conservadora e prescritiva às mulheres. É importante lembrar a influência do poder (na família e nos serviços de saúde) e saber médicos nas definições tradicionais das regras que serviram para reprimir e controlar as vivências sexual e reprodutiva.

A vivência religiosa pode fazer parte da relação entre os profissionais da saúde e os/as usuários/as dos serviços, porém não pode regulamentá-las. Se e quando isso acontece, há um prejuízo para sua saúde e uma violação dos direitos humanos, sem os quais não existe a realização da cidadania.

Nesta direção, pretendeu-se contribuir para a ampliação das reflexões sobre a interseção saúde e religião, com foco nos serviços públicos disponibilizados à mulher, apostando que do maior conhecimento nasce a melhor ação. É preciso, nessa direção, um esforço para analisar o ponto de vista dos agentes de saúde sobre esta conexão, de modo a trazer à tona esta discussão, evitando imaginar que basta afirmar o fim de um fenômeno – a influência da crença religiosa nas ações institucionais em saúde - para que ele se dê de forma completa.

Na verdade, o fenômeno religioso, longe de estar socialmente em desuso, se encontra (re)atualizado por todo o mundo. De uma perspectiva transdisciplinar, também se observa o esforço, ainda isolado e incipiente, por parte de Estados e gestores de políticas na área de

saúde dos mais variados países, de dialogarem com líderes religiosos e buscarem sua colaboração na efetivação destas políticas, entendendo o papel crucial que tais lideranças têm na espiritualidade e na própria articulação das vidas das suas comunidades de pertencimento<sup>7</sup>.

A proposta aqui foi, então, trazer à luz esta questão para que se possa pensar no assunto de forma sistematizada, e mais coletiva, ao invés de deixar que o profissional lide no afilitivo da hora do atendimento de urgência com temas tão relevantes e graves, de forma pessoalizada e individual.

### **Desenho metodológico**

Para possibilitar a compreensão acerca do objeto de estudo, o material empírico e as análises tiveram por referência o conceito de representação social, tema de reconhecida importância na área das Ciências Sociais no campo da saúde. As representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la. Nesse sentido, a representação não é um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa o próprio indivíduo (HERZLICH, 1991).

A representação social, como categoria deste estudo, dá visibilidade aos sentidos atribuídos à religião no contexto das ações do Paism. O significado culturalmente atribuído à religião cumpre função de dominação e perpassa o conjunto das sociedades; todavia, essa mesma representação atravessa e é atravessada pelas representações de grupos sociais específicos, como nesse caso, os profissionais do Paism. Levando em conta que o discurso dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que influencia, é também influenciado pelo senso comum, as representações sociais proporcionam uma maior compreensão sobre os mecanismos de controle e subordinação da sexualidade feminina no campo dos direitos sexuais e reprodutivos presentes em seus discursos.

As representações produzidas e reproduzidas no âmbito dos serviços de saúde, e, mais especificamente no contexto do Paism referem-se, em grande parte, à produção social do feminino e do masculino e às relações de poder aí engendradas. As relações de gênero, assim como a sexualidade, fazem parte do universo de questões relacionadas às representações sociais da religião.

Por outro lado, sabe-se que as relações estabelecidas no atendimento à população usuária dos serviços de saúde, do qual o Paism faz parte, são marcadas por uma linguagem simplificadora, normativa e refletem uma consciência precária dos direitos de cidadania. A

---

<sup>7</sup> Sessions (2001) relata a participação bem-sucedida de curandeiros tradicionais em campanhas de prevenção de DST/Aids em Uganda.

assimilação dos direitos sexuais e reprodutivos, como tema da saúde reprodutiva, pode construir referência para as mudanças no trabalho cotidiano na direção da integralidade. Por isso, buscou-se compreender as influências das representações religiosas sobre os esquemas geradores e organizadores das práticas favorecedoras ou não da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, no contexto das ações do Paism.

Assim, a natureza do objeto da pesquisa conduziu à triangulação de métodos e técnicas, através das abordagens quantitativa e qualitativa, pois se considerou que a triangulação é capaz de promover o diálogo entre questões objetivas e subjetivas. A abordagem quantitativa pretendeu dimensionar os dados objetivos relativos à caracterização dos sujeitos da pesquisa. Já a abordagem qualitativa, centrada nos esquemas interpretativos de compreensão de dinâmicas, pretendeu levar em conta as percepções dos sujeitos da pesquisa, além de considerar as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações.

As unidades foram selecionadas com base no acesso aos serviços e aos profissionais, e os critérios de inclusão dos sujeitos sociais da pesquisa, os profissionais de saúde inseridos nas ações do Paism, foram: a) pertencimento ao quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) dessas unidades; b) inserção nas atividades ligadas ao cuidado direto às usuárias; e c) concordância em participar da pesquisa.

Tanto no questionário quanto no roteiro das entrevistas qualitativas, foram contemplados aspectos relativos: a) aos dados de identificação; b) aos sentidos e às práticas religiosas dos profissionais de saúde; e c) à atuação profissional nas situações rotineiras nas ações do Paism.

Do questionário fizeram parte perguntas fechadas e abertas, de modo a permitir um primeiro levantamento do perfil dos profissionais e sua perspectiva sobre o serviço, além da dimensão em que a crença religiosa estava presente no universo do trabalho. Também se buscou rastrear que religião e que práticas a ela associadas estavam mais presentes no cotidiano laboral dos entrevistados, assim como em que situações a tensão entre crença religiosa e prática profissional se evidenciava.

O roteiro utilizado nas entrevistas teve uma função orientadora de modo a garantir maior flexibilidade e liberdade no discurso, como também assegurar a abordagem de todos os temas considerados essenciais, possibilitando aprofundamento das principais dinâmicas que transpareceram nos questionários.

A primeira atividade da fase quantitativa foi a escolha das unidades para o desenvolvimento da pesquisa, a qual ocorreu em seis unidades públicas de saúde municipais

(Hospital Maternidade Alexander Fleming, em Marechal Hermes, Hospital Maternidade Carmela Dutra, em Rocha Miranda, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, em Madureira, Hospital Maternidade Fernando Magalhães, em São Cristóvão, maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto, na Gávea, e na Casa de Parto David Capistrano Filho, em Realengo).

Os profissionais participantes eram das áreas de Enfermagem (nível superior, técnico e auxiliar), Medicina (Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia e Psiquiatria), Psicologia e Serviço Social. A escolha destas profissões motivou-se por atuarem de forma constante e direta junto às usuárias, além de constarem nas diretrizes do Paism.

Nesta fase, foram utilizados 52 questionários auto-aplicados junto a esses profissionais. Isto porque, ao chegar às unidades, a captação dos profissionais para participarem do estudo se deu por meio das chefias de cada especialidade. Explicavam-se os objetivos da pesquisa aos chefes e, a partir disto, os mesmos indicavam os profissionais que poderiam ser entrevistados.

Estes participantes, geralmente, eram abordados por seus superiores no meio de suas atividades profissionais. Muitas vezes, eles eram liberados por um período curto, levando-os a responderem de forma apressada. Além disso, não havia espaços adequados para esta atividade, e, portanto eram utilizados locais improvisados. O contato junto aos profissionais era o mais ágil possível, cabendo ao pesquisador explicar do que tratava a pesquisa e cada tópico a ser respondido (SESSIONS, 2001).

Na segunda fase, que se caracterizou por ser de cunho qualitativo, realizou-se um total de 12 entrevistas em profundidade. A abordagem qualitativa permite analisar os fenômenos sociais de maneira subjetiva e singular, o que facilita a descrição detalhada dos significados do objeto de estudo (GOLDENBERG, 2000).

A entrevista em profundidade caracteriza-se por ser “*conversa individual entre o entrevistador e o entrevistado*”, norteada por um roteiro temático, que poderá ser feita na ordem que o primeiro desejar, enquadrando-se no momento mais oportuno, e construindo-as “*com suas próprias palavras*”. Além disso, o entrevistador pode elaborar questões referentes às respostas do entrevistado (SESSIONS, 2001).

O projeto em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ em julho de 2009, pelo parecer nº138A/2009, e foi renovado em agosto de 2010, pelo parecer nº227A/2010.

## **Resultados**

A maioria dos sujeitos pesquisados é de mulheres com ensino superior (Quadro 1). Em relação à prática profissional, a maior parte, 29 entrevistados, respondeu que trabalhava no País em tempo igual ao que estava inserido na instituição, o que pode indicar que estes obtiveram as primeiras experiências no campo da saúde da mulher no momento em que começaram a trabalhar na unidade.

Quadro 1- Distribuição dos profissionais por profissão e sexo 2011

PROFISSÃO	CONTINGENTE DE PROFISSIONAIS	CONTINGENTE DE PROFISSIONAIS POR SEXO	
		FEMININO	MASCULINO
Psicologia	3	03	-
Enfermagem <sup>8</sup>	25	19	06
Serviço Social	11	11	-
Medicina	13	07	06
Total	52	40	12

Sobre o treinamento, verificou-se que 38 entrevistados frequentaram algum tipo de capacitação sobre saúde da mulher, enquanto 14 não participaram de nenhuma. Dos profissionais que participaram de algum tipo de treinamento, cinco informantes não disseram qual foi o tema e quatro não o lembravam. Além disso, seis profissionais disseram que só viram a abordagem sobre saúde da mulher durante a graduação ou a pós-graduação.

Os temas citados pelos profissionais demonstram que os treinamentos focalizavam principalmente os assuntos que atrelam a saúde da mulher à da criança, no momento em que mencionam, de forma majoritária, o aleitamento e a amamentação (Quadro 2).

Quadro 2- Distribuição das capacitações por temática 2011

TEMÁTICAS DAS CAPACITAÇÕES	CONTINGENTE
Aleitamento e amamentação	10
Violência de gênero contra a mulher <sup>9</sup>	6
Parto	5
Planejamento familiar	4

<sup>8</sup> Apenas a enfermagem possui profissionais com nível médio e técnico, o que correspondeu a seis entrevistados.

<sup>9</sup> As respostas continham violência sexual e violência contra a mulher, contudo estas foram inseridas na categoria violência de gênero contra a mulher devido a escolha epistemológica do presente trabalho.

DSTs/AIDS	4
Emergência obstétrica	1
PAISM	1
Atendimento ao bebê prematuro	1
Humanização	1
Pré-natal	1
Direitos previdenciários	1
Outras <sup>10</sup>	1
Total	36

Contraopondo-se às temáticas ligadas à esfera da reprodução, como parto e emergência obstétrica, as capacitações sobre violência de gênero contra a mulher se destacaram, aparecendo atrás, apenas, do tema aleitamento e amamentação. Isto pode ser resultado de um trabalho realizado pela SESDEC/RJ em parceria com organizações não governamentais, como a Cepia, no início dos anos 2000 (MESQUITA, 2007).

Mesquita (2007) descreve a experiência de implantação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no município. Como estratégia de implantação, a mesma secretaria organizou, nos anos de 2000, 2002 e 2003, uma série de capacitações para sensibilizar seus profissionais sobre a problemática.

Quanto à avaliação da implementação do PAISM nas instituições nas quais os profissionais entrevistados trabalhavam, três destes não sabiam avaliá-lo e um deixou a pergunta em branco.

Chama a atenção a relação que os profissionais estabelecem com o Paism. Alguns profissionais chegaram a perguntar se faziam parte deste Programa e se o Programa era o referente à gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/Aids). Até mesmo os que não faziam nenhum questionamento sobre a sua existência, apresentaram respostas como:

<sup>10</sup> O profissional respondeu as do Espaço Mulher. O Espaço Mulher é um centro de treinamento profissional, que visa capacitar os profissionais de saúde inseridos no PAISM do município do Rio de Janeiro. Este centro foi criado em 1992 e o seu trabalho tem a perspectiva multiprofissional na abordagem dos temas, como PAISM, Gênero, Sexualidade, Violência, DST/Aids, Contracepção, Adolescência, Gravidez, Parto, Puerpério, Aleitamento, Práticas Educativas (SMSDC, 2004). Preferiu-se colocar como outras, pois a abordagem do centro é diversificada, o que pode se caracterizar em alguma das temáticas citadas anteriormente.

*“não faço parte desse programa” e “se houver alguma relação entre a secretaria municipal de saúde e ele, deve ser boa”.*

Este fato tornou-se relevante, pois pode demonstrar que as técnicas empregadas no âmbito laboral não são articuladas com a política de proteção às mulheres. Inclusive, indica que a reflexão sobre o processo de trabalho é insuficiente, o que pode influenciar negativamente na defesa do direito deste público.

Ainda sobre o Paism, foram observadas outras respostas: dez profissionais avaliaram a atuação do Programa como boa; um a considerou eficaz; houve oito respostas avaliando-a como regular; dois a consideraram como negativa.

Alguns profissionais apontaram vários pontos positivos em relação ao Paism: cumprimento das diretrizes do PAISM, 9; referência de atendimento institucional, 2; fornecimento de capacitação,1; infra-estrutura adequada,1; trabalho educativo com as usuárias, 1. Como obstáculos que dificultam o desenvolvimento das ações do Programa, foram mencionados: insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros para a implementação das ações, 7; desarticulação entre a prática dos agentes de saúde e as diretrizes do programa, 5; necessidade de melhoria das atividades educativas profissionais, 3; necessidade de aprimoramento das ações do PAISM, 2; desenvolvimento parcial das diretrizes do PAISM, 2.

Como aspecto positivo relacionado à PNAISM, foi mencionada a proposição do conceito de integralidade no campo da saúde da mulher, que visa superar a restrição ao ciclo gravídico-puerperal, mas sem deixar de lado o fortalecimento desse nível de atendimento.

A inclusão do conceito de integralidade supõe a eliminação da vinculação restrita da saúde deste público à reprodução, logo, a ruptura entre a concepção e a sexualidade. Esta compreensão estava presente nas falas dos sujeitos entrevistados, que também se referiram ao conceito de gênero.

A incorporação do ideário do Paism pela PNAISM trouxe a emergência da discussão da violência de gênero e a especificidade de atendimento a alguns grupos, que são alijados pela sociedade e pelos serviços de saúde. Nas entrevistas estavam presentes essas duas dimensões.

No caso da violência contra mulher, nota-se o conhecimento parcial quanto à abrangência da PNAISM, que restringe a atuação do Paism a esse fenômeno. Assim, ao se referirem aos grupos específicos, os relatos apontam que a política dá atenção às adolescentes e às gestantes. Porém, cabe salientar que outros públicos compõem este conjunto, como as

mulheres residentes e trabalhadoras da área rural, aquelas em situação de prisão, as indígenas e as afrodescendentes.

Sobre a importância da política na consolidação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério também foi mencionado o cuidado à criança. Entretanto, a formulação do PAISM, na década de 1980, teve o cuidado de desatrelar a saúde da mulher e da criança, como forma de separação entre o direito reprodutivo e o sexual.

Também abordou-se sobre o Projeto Cegonha. Esta iniciativa tem o objetivo de terminar com a peregrinação das gestantes pelas unidades de saúde durante o parto e, como impacto, evitar as mortes maternas.

Quanto aos pontos negativos, foi identificada a dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de atenção e as políticas. Mencionou-se a ausência de serviço de ginecologia nas unidades e a falta de articulação entre a instituição que oferece o pré-natal com a aquela onde acontecerá o parto. Ainda foi apontada a não implantação de serviços nas regiões de maneira uniforme, além dos que funcionam precariamente, o que ocasiona a sobrecarga de atendimento em determinadas unidades, dificultando o acesso à saúde e deixando as mulheres desassistidas.

Os entrevistados atribuíram a implantação parcial à falta de vontade política e à gerência dos serviços, pois a proposição da política é adequada. Por exemplo, os serviços especializados em climatério/ menopausa, que Correa e Piola (apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) já haviam salientado não terem sido implantados, até hoje seguem sendo negligenciados, conforme mencionam os entrevistados.

Outros profissionais consideraram que o ponto mais negativo é a falta de investimento em insumos e recursos humanos, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo.

Na fala dos entrevistados também apareceu a necessidade de mais espaços de qualificação e divulgação sobre o que é a política para os profissionais e usuários.

O trabalho interdisciplinar é percebido pelos entrevistados como essencial para analisar de maneira qualificada as relações sociais e familiares das mulheres que procuram os serviços de saúde, todavia, o trabalho na unidade de saúde restringe a uma intervenção multidisciplinar. Na multidisciplinaridade acontece a justaposição e a integração de métodos, teorias e conhecimentos, e a decisão é sempre tomada pelo chefe da equipe; já na interdisciplinaridade, a decisão é compartilhada pelos membros da equipe e a liderança é rotativa, além disso, participação e a análise da problemática são feitas de forma conjunta, a partir da integração dos diversos campos do saber e conhecimentos específicos com o objetivo

comum de promover e manter a saúde (JAPIASSU, 1997 apud SAINTRAIN E VIEIRA, 2008, P. 1128).

Outro elemento é a incorporação da discussão da paternidade, gênero e sexualidade no atendimento e o chamamento dos pais na participação do cuidado da prole. Os relatos indicam que já é visível a maior interação dos homens pais na maternidade a partir desse trabalho feito pelos profissionais da unidade.

Questionou-se também a insuficiência de humanização na dinâmica institucional. No PNAISM, “*a humanização... [se traduz] na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 59).

Quanto ao eixo de perguntas referente às crenças e práticas religiosas, a primeira questão relevante diz respeito ao número significativo de profissionais adeptos de alguma religião. Assim, 73% deles, independente da escolaridade, da formação profissional e do sexo, se declararam pertencentes a alguma crença religiosa. O quantitativo ficou assim distribuído: católicos (25%), protestantes (24%), espíritas (13%), budistas (5%) e umbandistas (5%).

Apenas 27% se declararam “sem religião”. A opinião geral, mesmo entre estes últimos, é que a crença religiosa perpassa, como assunto e como prática, o cotidiano dos membros da equipe. Entretanto, a relação entre religião e trabalho é alvo de curiosidade e tensão, assim, alguns profissionais religiosos se esforçam para afastar a discussão do tema, ou, como diz um deles, “*tento não trazer minha religião para o trabalho*”. Outros, sem religião, constataam que os colegas adeptos de alguma crença discorrem constantemente entre si sobre religião durante a jornada profissional; nestas horas, optam pelo silêncio e pelo afastamento, como estratégias para tentar não “*criar clima*” na equipe. Desta forma, a não discussão aberta a respeito propicia um esgarçamento da união entre os profissionais.

Entre aquela maioria que crê em alguma religião, uma das primeiras afirmações que se pode fazer a respeito da correlação entre crença religiosa e prática profissional diz respeito à sua representação de forma ambivalente. Desta maneira, ela serve e é considerada válida, em momentos-chave, particularmente naqueles ligados à perda, luto e aflição desmedida por parte das usuárias (aborto espontâneo, morte de parentes/marido, doenças graves, descoberta de esterilidade). Aí os profissionais praticam inclusive atos religiosos junto às usuárias e suas famílias, especialmente oração em conjunto e doação de imagens (santinhos, objetos sagrados).

Entretanto, quando há impasse entre o que determina o procedimento profissional e a crença religiosa, esta é considerada um “*entrave*” à boa prática – neste caso, sempre é citado

como exemplo o aborto previsto em lei, mas também algumas práticas anticoncepcionais. Deste ponto de vista, o recurso à religião não é considerado válido. Esta é uma decisão, contudo, que passa pelo crivo da decisão individual do profissional, e não é levada à gestão.

Isso acarreta que uma decisão fulcral, que afeta a vida da usuária e do profissional, é deixada a cargo de cada um, sem ser problematizada em nível de coordenação e execução do programa. Foram narrados exemplos de equipes que, quando ocorre a necessidade de interromper a gravidez com amparo da lei, se eximem da ação e delegam a responsabilidade a um único profissional - aquele que “*não tem problema de religião*”, que passa a ser conhecido no meio como o executor deste tipo de procedimento. Há margem para supor que isso pode ser um fator desagregador de uma equipe, isolando e sobrerresponsabilizando apenas um membro do grupo não só diante de outros profissionais como das usuárias e seus familiares.

Outra questão que pode contribuir para o quadro de tensões que cerca a crença religiosa e sua relação com a prática profissional em saúde é a ausência recorrente de psicólogo das equipes que executam as ações. Isso significa, de um lado, a sobrecarga dos profissionais assistentes sociais, que passam a ser chamados para lidar com questões ligadas à saúde mental das usuárias; e, mais amplamente, cresce o número de solicitações de apoio espiritual por parte das usuárias e de seus familiares, solicitações estas muitas vezes também respondidas informalmente através de diferentes profissionais por via de atos religiosos e tentativas de catequese.

### **Conclusões e recomendações**

Pode-se concluir, em primeiro lugar, que a presença massiva das mulheres neste tipo de unidade de saúde tende a reforçar a discussão da localização deste segmento em atividades ligadas à esfera do cuidado, como apontam Almeida (2007) e Kergoat (1996). Bruschini (2007) discorre sobre o perfil das mulheres trabalhadoras no Brasil e os dados acima vão ao encontro do trabalho da autora no que se refere à presença significativa do sexo feminino no serviço público, a manutenção deste nos “*guetos ocupacionais femininos*”, como é o caso da enfermagem, do serviço social e da psicologia, e início de mudança no perfil na medicina, até então considerada “*tradicional reduto masculino*”.

Quanto à influência religiosa, o trabalho demonstrou que é imperiosa a ampliação da discussão interna sobre as influências religiosas no trabalho. Além disso, é preciso refletir sobre a possibilidade de aproximação institucional com lideranças religiosas e a participação destas como colaboradores, assim como planejar e decidir institucionalmente como se fará cumprir, no âmbito de cada unidade de saúde, o dispositivo constitucional que assegura a

assistência religiosa, para que tais iniciativas não sejam desenvolvidas e garantidas à margem da administração dos gestores.

Na mesma direção, outra questão levantada pelos entrevistados diz respeito à cessão de espaços consagrados à prática religiosa, tanto de usuários como dos profissionais, de modo a garantir seus direitos. Isto evitaria o excesso de informalidade e até o desconhecimento da gestão, em alguns casos, quanto a estes procedimentos. Já há algumas iniciativas nesta direção, como a presença de uma doula, ou seja, uma assistente para o conforto físico e emocional das parturientes, em uma das maternidades, e a parceria com uma líder de religião da tradição africana em outra, com o intuito de ampliar o conhecimento da comunidade sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais.

Por último, notou-se também desconhecimento por boa parte dos profissionais do próprio Programa, apontando para a necessidade de maior divulgação do mesmo e de sua abrangência. Percebeu-se que os profissionais sentiram dificuldade em caracterizar o Paism. Além disso, demonstraram um sentimento de não pertencimento ao Programa. Este achado levou a um novo leque de questões, pois, se os profissionais envolvidos com a PNAISM não a conhecem, como criarão ações que materializem seus princípios e diretrizes? Como instrumentalizarão as usuárias para que elas reivindiquem os seus direitos?

Do ponto de vista desse trabalho, isto pode contribuir para a utilização de recursos religiosos sem supervisão ou acordo prévio entre todos os membros da equipe, dando margem tanto a reclamações e queixas por parte das usuárias que não professam aquelas crenças, como a dissensões e isolamentos dentro das equipes profissionais envolvidas no Paism. Mais oficinas de capacitação sobre o Programa devem ser, portanto, incentivadas e repetidamente implementadas, para que se possa aprimorar os serviços de saúde neste âmbito.

### **Referências bibliográficas**

ALMEIDA, Sueli Souza de. Posfácio: algumas tendências teóricas de estudo de gênero. *In*: ALMEIDA, Sueli Souza de(org.). **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro:UFRJ, 2007, p. 231-254

BIRMAN, P. *Fazendo estilo criando gênero*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo. v.37, n.132, p.537-572. set./dez.2007

BURKE, P. *Cultura popular na Idade Moderna*. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

CITELI, M. T. *A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

- COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do Paism no Brasil. In: GIFFIN, K. e COSTA, S.H. (Orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 319-335.
- DUARTE, L. F.D. À guisa de introdução: o que perguntamos à família e à religião? In: DUARTE, L. F. D. et al (Orgs.). *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007, p. 7-13.
- GOLDENBERG, Mirian. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v, 1, p. 23-36, 1991.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): uma abordagem qualitativa de experiências desenvolvidas no âmbito das secretarias municipais de saúde*. Rio de Janeiro: IBAM, 1994.
- KERGOAT, Danièle. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J.M.; MEYER, D.E. WALDOW, V. R. (org). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.19-27.
- LANDES, R. *A cidade das mulheres*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.
- MESQUITA, Ruth Floresta de. *Implantação de Serviços de Atendimento em saúde à Mulher Vítima de Violência Sexual: a experiência da cidade do Rio de Janeiro*. In: PINTANGUY, J. ; SOUZA, A. N.(org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006, p. 223- 230.
- 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: Ministério da Saúde, 2004
- NATIVIDADE, M. T. e OLIVEIRA, L. Algumas tendências recentes nos discursos evangélico e católico sobre a homossexualidade. In: Rio de Janeiro: *Sexualidade - gênero e sociedade*, v. 22, p. 1-8, 2004.
- OLIVEIRA F. Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas. Belo Horizonte:*Jornal da Rede Feminista de Saúde*, vol. 27, p. 6- 9, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE(OMS). *Colaboremos por la salud*. Informe sobre la salud en el mundo. Genebra: OMS, 2006.
- ROSAS, C. F. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. Belo Horizonte: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, v. 27, p. 18-20, 2005.

SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. Saúde bucal do Idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1127-1132, jul/ago. 2008

SESSIONS, G. *Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional*. Rio de Janeiro: ABIA, Coleção Fundamentos da Avaliação, v. 2, 2001.

SIMÕES, J. P. *Assistentes Sociais e Religião*. Um estudo Brasil-Inglaterra. São Paulo: Cortez, 2005.

STOLCKE, V. Gênero mundo novo: interseções. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. In: FRY, P., GROSSI, M. P., ECKERT, C. (Orgs.). *Conferências e diálogos: Saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: ABA/Nova Letra, p.83-116, 2007.

THOMPSON, E.P. A formação da classe operária inglesa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, vol.II.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: UNIFEM, FUNDAÇÃO FORD, CEPIA. *O progresso das mulheres no Brasil*. Brasília: UNIFEM, Fundação Ford e CEPIA, 2006, p. 211-239.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Lisboa: Editorial Presença, 1996.