



## Concepções de mulheres de um assentamento rural acerca da educação em saúde\*

Conceptions of the women in a rural settlement concerning education in health

Concepciones de mujeres de un asentamiento rural acerca de la educación en salud

Sandra Beatris Diniz Ebling<sup>1</sup>, Elza Maria Fonseca Falkemback<sup>2</sup>, Vera Lúcia Oliveira Gomes<sup>3</sup>, Marciele Moreira da Silva<sup>1</sup>, Silvana de Oliveira Silva<sup>1</sup>

Objetivou-se compreender as concepções de mulheres assentadas em relação à educação em saúde, com foco na saúde da mulher, procurando apreender questões de gênero. Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, realizada em um Assentamento do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra no Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu em 2011, por meio de entrevista semiestruturada, com nove mulheres, entre 35 e 60 anos residentes do assentamento. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática. Existe uma multiplicidade de opiniões, crenças, sentimentos, uma vez que as concepções de educação em saúde das assentadas estão pautadas na valorização de práticas educativas mais sensíveis às suas necessidades e que transcendam a dimensão reprodutiva. Portanto, as particularidades e diversidades que rodeia o mundo das assentadas precisam ser consideradas no planejamento das ações em saúde.

**Descritores:** Educação em Saúde; Trabalho Feminino; Gênero e Saúde.

This study aimed at understanding the conceptions of women in a rural settlement concerning education in health, focusing on the health of women, in the pursuit of apprehending matters of gender. This is a qualitative study of exploratory and descriptive type, made in a rural settlement of the Workers Without Land Movement in Southern Brazil. Data collection occurred from March to May 2011, through semi-structured interviews with nine women between 35 and 60 years of age residents in the settlement. The thematic analysis was used for the data. There is a multiplicity of opinions, beliefs, feelings, once the concepts of education in health of the settled workers are based on the value of more sensitive educational practices and their needs that transcend the reproductive dimension. Therefore, the peculiarities and diversities around the world of the settled workers must be considered in planning actions of health.

**Descriptors:** Health Education; Women, Working; Gender and Health.

El objetivo fue comprender las concepciones de mujeres asentadas cuanto a la educación en salud, centrándose en la salud de la mujer, tratando comprender cuestiones de género. Investigación cualitativa, del tipo exploratorio y descriptiva, llevada a cabo en un agrupamiento del Movimiento de los Trabajadores Sin Tierra en el sur del Brasil. La recolección de datos ocurrió entre marzo y mayo de 2011, a través de entrevista semiestructurada, con nueve mujeres, entre 35 y 60 residentes del asentamiento. Para el tratamiento de los datos, se utilizó el análisis temático. Hay multiplicidad de opiniones, creencias, sentimientos, una vez que los conceptos de educación en salud de las asentadas se basan en la valoración de las prácticas educativas más sensibles a sus necesidades y que trascienden la dimensión reproductiva. Por lo tanto, las particularidades y diversidades del mundo de las asentadas deben ser consideradas en la planificación de las acciones de salud.

**Descritores:** Educación en Salud; Trabajo de Mujeres; Género y Salud.

\*Artigo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada "As mulheres assentadas e suas "lidas": compreensões acerca de gênero, educação, saúde e trabalho. Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, 2011.

<sup>1</sup>Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Santiago. Santiago, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul. Ijuí, RS, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil.

Autor correspondente: Sandra Beatris Diniz Ebling  
Rua Silveira Martins, 2391. CEP: 977000-000. Santiago, RS, Brasil. E-mail: sandra.ebling@yahoo.com.br

## Introdução

Historicamente, consta-se que a saúde da mulher nas primeiras décadas do século XX centrava-se especificamente nas ações relativas às demandas ocasionadas pela gravidez e parto. Os programas materno-infantis, organizados nas décadas de 30, 50 e 70, evidenciavam um olhar restrito sobre a mulher, legitimando sua atuação como doméstica e mãe<sup>(1)</sup>.

Contraopondo-se a essa visão, surge em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, concepções de saúde que vão além das especificidades reprodutivas, rompendo com a perspectiva biológica e o enfoque materno-infantil<sup>(2)</sup>.

Na atualidade a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher busca resgatar os princípios do Sistema Único de Saúde, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres, identificando a necessidade de ações que contemplem as mulheres rurais, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, dentre outras pluralidades<sup>(1)</sup>.

Nessa perspectiva, a atenção a saúde da mulher requer que os serviços de saúde atendam às necessidades de saúde das mulheres em todas as fases de sua vida, por meio de ações educativas e assistenciais que valorizem o vínculo, quanto os diferentes saberes de cada mulher<sup>(3)</sup>. Contudo, percebe-se nas práticas um cuidado alicerçado no modelo tecnicista, o qual valoriza enfaticamente o científico e tecnológico.

Acredita-se que a ação educativa deve ser valorizada enquanto uma prática que possibilita que o sujeito gerencie as informações se sensibilize e tome providências tendo em vista sua qualidade de vida. A educação em saúde é uma ação que fortalece a construção de saberes mediante o diálogo e o estímulo à reflexão e à participação efetiva e ativa dos indivíduos em suas práticas de saúde. Para isso, também faz-se necessário que as pessoas sejam ouvidas, pois, somente o educador que escuta o outro e fala com ele, aprende a difícil lição de transformar o

seu discurso<sup>(4)</sup>.

A partir disso, é preciso ampliar as possibilidades teórico-reflexivas, por meio de abordagens problematizadoras que instiguem práticas inovadoras e transformadoras, capazes de abrir caminhos para a produção social e organizada dos processos de trabalho em saúde, propondo ações para além do biológico<sup>(5)</sup>.

Nesse enfoque, as questões de gênero possibilitam uma abrangência aprofundada do ser humano, desmistificando a ênfase ao biologicismo, dirigindo um olhar sobre o sujeito muito além das diferenças sexuais, mas sim a partir de suas vivências sociais, culturais e linguísticas, transcendendo do biológico (sexo) para o gênero (social)<sup>(6)</sup>. A questão de gênero, como categoria analítica contribui para a compreensão do contexto que envolve o processo saúde-doença, configura um caminho desafiador a ser trilhado, em especial no sentido de apontar que gênero não se refere unicamente às mulheres, mas sim, às relações sociais que deixam as mulheres em desvantagem e as expõem a vulnerabilidades<sup>(7)</sup>.

Gênero, portanto, apresenta-se como uma ferramenta oportuna, que consegue “ler” para além do que está posto, como necessidade de atenção à saúde, transcendendo o biológico. Não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas<sup>(8)</sup>.

Partindo dessas considerações e também por entender que o assentamento é formado de diferentes “jeitos de ser”, sendo composto por sujeitos que vivem num mesmo contexto, pautados por um mesmo ideário, mas são “gente diferente” em termos culturais, considera-se que essa diversidade necessita ser evidenciada, principalmente no que tange à mulher e sua saúde. Já que o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra constitui-se como espaço de luta por igualdade, onde a participação da mulher deve ser respeitada e estimulada, de modo que, nesse espaço, possam ser construídas relações efetivamente equitativas.

Nesse contexto, a ideia de gênero aparece

como uma proposição da “nova” política de saúde, significando a oferta de ações às mulheres em todas as fases da vida e seu reconhecimento como co-responsáveis por seus corpos, suas vidas e sua saúde<sup>(7)</sup>.

Para isso, “é preciso adentrar no mundo do outro, conhecer suas práticas cotidianas para desenvolver as habilidades para uma troca efetiva, buscando uma inserção do indivíduo na coletividade, mediada por ações educativas que busquem autonomia no pensar”<sup>(9:478)</sup>.

Essas reflexões abrem caminhos para estabelecer a indispensável relação entre gênero e educação em saúde, a partir do pressuposto de que um modelo alternativo de educação em saúde, envolvendo as mulheres, sobretudo aquelas que vivenciam a realidade de um assentamento, pode viabilizar espaços oportunos à ampliação da capacidade de compreensão de si. A participação dessas mulheres e a diminuição de práticas unilaterais e verticais convergem para promover a emancipação dos envolvidos.

Portanto, um dos pilares deste estudo é a educação em saúde, direcionada à saúde da mulher e alicerçada às questões de gênero. Acredita-se que estudos dessa natureza possam desencadear um processo emancipatório, em que o espaço de debate, bem como o acesso a informações e conhecimentos, possa provocar mudanças nas relações dessas mulheres consigo e com os outros.

Assim, esse trabalho busca conhecer as concepções das mulheres assentadas em relação à educação em saúde, com foco na saúde da mulher, procurando apreender as questões de gênero presentes nessas concepções.

## Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, desenvolvida em um assentamento rural da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram nove mulheres que preencheram os seguintes critérios de

inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e residir há mais de três anos no assentamento em estudo. Assim, foram excluídas as adolescentes, as mulheres assentadas há menos de três anos e as que se negaram a participar do estudo.

O período de coleta de dados teve início nos primeiros dias do mês de março e se estendeu até o final de maio de 2011. Destaca-se que durante o mês de fevereiro de 2011, foram realizadas visitas acompanhadas com a Agente Comunitária de Saúde a praticamente todas as mulheres do assentamento, com o objetivo de conhecer a realidade, promover aproximação, bem como estabelecer e fortalecer os vínculos da pesquisadora com os sujeitos em estudo. Logo após teve início o convite aos sujeitos para participação da pesquisa.

Para a coleta das informações utilizou-se entrevista semiestruturada, objetivando balizar o diálogo entre as mulheres entrevistadas e os pesquisadores, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Nesse tipo de entrevista, o entrevistador pode fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões<sup>(10)</sup>.

O roteiro de coleta de dados foi elaborado com perguntas abertas. As entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes conforme disponibilidade de horário. A definição do número de participantes se deu por saturação de dados. Assim, foram realizadas entrevistas até o momento em que os dados começaram ser redundantes. A saturação pode ser compreendida como o período em que a busca de novos sujeitos não acrescenta nenhum dado novo à investigação<sup>(11)</sup>.

Foram realizadas entrevistas com nove participantes, sendo abordadas várias questões referentes à saúde da mulher, entre elas destacam-se: conte-me sobre as ações em saúde que são desenvolvidas no assentamento; Fale-me de modo geral, sobre suas expectativas e/ou sugestões referente às ações em saúde em relação à saúde da mulher.

O material empírico obtido mediante as entrevistas foi submetido à análise temática<sup>(10)</sup>, sendo realizado a organização, leitura, releitura e construção de agrupamentos dos depoimentos em torno das “ideias” – sobre os temas sob reflexão – que se aproximaram, visando possibilitar a compreensão do problema que liga a pesquisadora ao objeto de análise. Esses depoimentos permitiram a construção de categorias que ordenaram a análise, no entanto, neste artigo apresentaremos somente uma das categorias de análise.

Para garantir o anonimato, os depoimentos foram identificados pela letra E, seguida por indicadores numéricos que sinalizam a sequência das entrevistas (exemplo: E1, E2- entrevistada número 1...).

Neste estudo respeitaram-se as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, protocolo de pesquisa nº. 0110/2009. Aos sujeitos pesquisados apresentou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos, a metodologia e esclarecimentos sobre a livre participação e preservação do anonimato.

## Resultados

Para apresentação dos resultados deste estudo, inicialmente se delineou brevemente a caracterização do local e o perfil das informantes, a seguir apresentou-se as concepções das mulheres sobre educação em saúde com foco na saúde da mulher.

### Caracterização do local e dos informantes

O estudo foi desenvolvido em um Assentamento do Movimento Sem Terra, de um município da região sul do Brasil, com distância de 470 quilômetros de Porto Alegre. O assentamento rural localiza-se aproximadamente 15 quilômetros do município

sede, com cerca de 100 famílias divididas em lotes de mais ou menos 16 hectares. A produção é baseada principalmente em atividades como leite e cultivo de grãos, como soja, milho e trigo. No que tange o acesso aos programas de saúde, cabe destacar que, no município em estudo, há uma equipe completa de Estratégia da Saúde da Família. Nessa unidade, funcionam praticamente todos os programas do Ministério da Saúde e da Secretária Estadual de Saúde.

Os sujeitos desta pesquisa constituíram-se, por mulheres na faixa etária dos trinta e cinco (35) aos sessenta (60) anos; oriundas de diferentes regiões do Estado do Rio Grande do Sul, em especial das regiões Norte e Noroeste.

As histórias de constituição de suas famílias são diversificadas, 40% são mães e não residem com o companheiro, 45% residem com seus cônjuges, 15% já vivenciaram situações de separação, passando a constituir novos arranjos familiares com outros companheiros. Quanto à escolaridade, 70% possuem Ensino Fundamental incompleto. Cabe considerar que um dos principais motivos, na maior parte dos casos, que as levaram a inserção no Movimento Sem Terra e uma vida de assentada foram pelas condições sociais.

### Educação em saúde com foco na saúde da mulher: o que pensam as mulheres assentadas

Ao indagar as participantes acerca das práticas/ações de educação em saúde para o assentamento, as assentadas relatam que os profissionais de saúde enfatizam durante as atividades educativas questões relacionadas ao biológico e principalmente ao sistema reprodutor feminino da mulher, como pode ser comprovado pelas falas a seguir: *não só sobre colo do útero, coluna, algum outro problema de mulher... Porque é bom a gente ficar por dentro, saber de tudo sobre a mulher... (E4). Que, quando viessem, continuassem dando palestras, mas explicando não sempre sobre o mesmo assunto, mudando um pouco (E7).*

As ações destinadas à educação em saúde desenvolvidas no assentamento do Movimento Sem Terra, em geral, são bem recebidas, versando sobre

temas importantes, porém não únicos dentro da vasta gama de temáticas a serem abordadas. Uma das entrevistadas elucida que as ações educativas precisam ser amplas, indo além do “colo do útero”. Isso pode ser evidenciado no depoimento da E6, quando questionada sobre sugestões de assuntos a serem debatidos: *Eu acho que sobre tudo... Porque tem muitas coisas pra discutir, como... vários assuntos da saúde da mulher..., não só sobre o útero e o seio...* (E6).

Em relação a abordagem da educação em saúde realizada para as mulheres assentadas, as mesmas expressam descontentamento com as formas tradicionais de abordagem de educação em saúde, afirmando: *Essas questões do pessoal da saúde vir debater mais as questões de saúde. Mas saúde no todo, não repetição...* (E3). *Eu tenho muito problema de dor de cabeça, eu não sei se é dos nervos ou de repente alguma coisa assim, porque quem sabe uma boa conversa talvez ajudava...* (E9).

Os depoimentos também apontam para a necessidade de entrelaçamento da saúde, com as questões de gênero durante as ações educativas e assistenciais. Quando questionadas sobre possíveis assuntos que gostariam que fossem abordados durante as ações educativas as mulheres responderam: *Eu acho que no geral* (E2). *Eu acho que sobre tudo, desde o dedo do pé até a cabeça... Porque tem muitas coisas pra discutir, pra conversar... Vários assuntos da saúde da mulher... não só sobre o útero e o seio* (E6). Ainda, o teor do depoimento a seguir, referindo-se a consulta ginecológica, realça essa necessidade: *A saúde, em partes está boa, mas em partes está muito ruim, porque nós temos um, que é o das mulheres consultarem, que é muito complicado... Eu acho que nenhuma mulher aqui gosta, ele é muito estúpido, bruto... A gente vai consultar e ele não tem paciência pra ficar escutando o que a gente tem pra dizer... Se a gente diz uma coisa, ele teima que não é... como a gente está explicando...* (E5).

## Discussão

Durante a realização das entrevistas, percebeu-se, a partir dos gestos e das falas das mulheres, a multiplicidade de opiniões, crenças, sentimentos e maneiras de atuar. Elas desejam ações em saúde

que contemplem a diversidade que rodeia o mundo da mulher assentada. As concepções de educação em saúde das mulheres assentadas estão pautadas na valorização de práticas educativas mais sensíveis às necessidades e que transcendam a dimensão reprodutiva.

O estudo evidenciou que as práticas educativas devem ser desenvolvidas nos assentamentos, tendo em vista que as mulheres percebem a necessidade e anseiam receber informações sobre os diversos contextos que envolvem a saúde da mulher. Partindo-se dessa conjectura, é indispensável à incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher<sup>(12)</sup>.

Os depoimentos evidenciam o desejo da mulher assentada de “debater” assuntos referentes à saúde, interligando-os com seu cotidiano e com reflexões teóricas. Sentem a necessidade em apreender mais informações e discutir sobre o que já sabem, através da troca de experiências entre elas e o profissional, por meio de uma construção do conhecimento compartilhado. É preciso fortalecer os encontros e discussões a partir das especificidades de cada mulher, para que as “necessidades sociais de saúde dessas mulheres sejam valorizadas e atendidas, no sentido da promoção de qualidade de vida e saúde”<sup>(13:176)</sup>.

Corroborando-se, dessa maneira, a importância de constituir espaços efetivamente educativos, permeado por um processo dialógico e de reflexão crítica sobre a realidade. Para tanto, faz-se necessário que se tenha uma compreensão abrangente de educação em saúde, ou seja, que os profissionais envolvidos estejam fundamentados num modelo dialógico e emancipatório<sup>(14)</sup>.

Na fala da E2 evidencia-se que a abordagem educativa, refere-se apenas ao câncer de mama. Isso leva a constatar a necessidade de articular as questões de gênero às ações, sendo que este achado concorda com o pressuposto de que estudos de gênero oferecem

amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica em saúde, podendo se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e de seus determinantes de forma ampliada<sup>(15)</sup>.

Gênero, resumidamente, refere-se ao caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo<sup>(16)</sup>. Essa questão é reforçada, quando se considera que, ao pensar no foco fundamentalmente social, não há pretensão de negar que o gênero se constitui como ou sobre corpos, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção histórica produzida sobre as características biológicas<sup>(8)</sup>.

O depoimento que ilustra a forma com que à atenção à saúde é conduzida no serviço de saúde reafirma a inexistência do diálogo na prática voltada à mulher. Percebe-se a vontade e a ansiedade da mulher em ser ouvida, considerando os momentos individuais como um espaço oportuno de educação em saúde. Nesse aspecto, propõe-se que as práticas educativas sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, bem como reconhecer a necessidade de se abandonar estratégias comunicacionais informativas e instituir a adoção de uma comunicação dialógica<sup>(17)</sup>.

Isso requer dos profissionais que atuam na área da educação em saúde um conjunto de conhecimentos sobre mulher, gênero, classe, agroecologia e desenvolvimento. Especificamente com relação à saúde, é necessário que se conheça amplamente as concepções e práticas, os processos de saúde-doença e de políticas de saúde, dentre outros. No campo da saúde, embora já existam várias iniciativas no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, ainda hoje se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo de dominação<sup>(16)</sup>.

Nesse sentido, compreende-se que o modelo de dominação, possa estar vinculado ao modelo biomédico ainda muito presente na formação dos profissionais de saúde<sup>(18)</sup>. Para tanto, é urgente articular mudanças e, com isso, considerar a necessidade dos

educadores em saúde ampliarem compreensões de gênero adotando-as como eixos orientadores para as práticas tanto educativas, quanto assistenciais, para que se “efetive uma atenção voltada à produção da saúde e não apenas ao controle de doenças”<sup>(19:205)</sup>.

## Considerações Finais

A partir dos relatos, constatou-se que as mulheres assentadas gostariam de receber ações em saúde que contemplassem além da dimensão reprodutiva. Nesse sentido, tem-se a necessidade dos profissionais de saúde, repensar a prática de educação em saúde, especialmente no que tange a mulher assentada. Como indica o próprio Ministério da Saúde, as condições de saúde desta população são determinadas pelos processos de mobilidade dos acampamentos e assentamentos, baixa escolaridade, pobreza, relações de trabalho e de gênero que tornam esses sujeitos mais vulneráveis a determinadas enfermidades, estando de acordo com a realidade encontrada.

Quanto às questões de gênero, os dados revelaram certa fragilidade em relação ao planejamento das ações em saúde, o que pode refletir no processo saúde doença, sendo que, não são levadas em conta as questões baseadas nos direitos de cidadania da mulher e na promoção da autonomia. É indispensável à incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no plano de ações educativas, para promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos da mulher. Concebendo a saúde como algo maior do que a mera ausência de doenças e a educação em saúde como processo de preparação do indivíduo para a luta por uma vida mais saudável, o objetivo central da educação em saúde é voltar-se a estimular o indivíduo a tomar decisões, ser corresponsável por sua própria saúde com autonomia.

A discussão sobre “gênero” tornou-se um dos focos deste estudo, observando que não podemos mais operar com conceitos fechados, classificando os sujeitos em categorias estanques (homem – mulher),

pautadas em visões que privilegiam o aspecto biológico em detrimento de todos os outros fatores implicados na constituição dos seres humanos.

Portanto, uma questão a ser fortalecida durante a formação de educadores em saúde, especialmente na área da Enfermagem, é introduzir com ênfase as questões de gênero nas discussões, fomentando o processo de romper com a visão mulher – materno-infantil e investir em abordagens de gênero, que compreendam a mulher, enquanto sujeito, cidadã, trabalhadora e também como mãe.

No que se refere às conclusões do presente estudo, assinalamos limites e probabilidades, com a compreensão do “inacabado” que permeia pesquisas, visto que os sujeitos e suas ações estão em constante construção.

## Colaborações

Ebling SBD e Falkemback EMF participaram da concepção e elaboração do projeto, coleta e análise de dados, redação e análise crítica do artigo. Gomes VLO, Silva MM e Silva SO contribuíram com a confecção e revisão crítica do artigo científico.

## Referências

1. 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: Ministério da Saúde; 2011.
2. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1):154-60.
3. Ebling SBD, Carpes LO, Silva, MM. Consulta de enfermagem na prevenção do câncer do colo uterino: relato de experiência. *Rev Contexto Saúde*. 2009; 9(17):7-11.
4. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
5. Colomé JS, Oliveira DLLC. Educação em saúde: por quem e para quem? a visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):177-84.
6. Cortes LF, Vieira LB, Landerdahl MC, Padoin SMM. Construção do feminino e do masculino: compreensão de uma equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(2):289-95.
7. Villela WV. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. *Bol Inst Saúde*. 2009; 48:26-30.
8. Louro GL. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
9. Vidal ECP, Saraiva KRO, Dodt RCM, Vieira NFC, Barroso MGT. Democracia e participação cidadã: um debate sobre as práticas de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(3):475-80.
10. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):388-93.
12. Ministério da Saúde (BR), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
13. Souza KV, Cubas MR, Arruda DF, Carvalho PRQ, Carvalho CMG. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(2):175-81.
14. Rodrigues D, Santos VE. Health education in family health strategy: a literature review of scientific publications in Brazil. *Health Sci Inst*. 2010; 28(4):321-4.
15. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Aftum, MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4):755-9.
16. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(n esp):121-32.

17. Alvin NA, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(2):315-9.
18. Cortes LF, Vieira LB, Landerdahl MC, Padoin SMM. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. *Rev Rene.* 2010; 11(4):143-53.
19. Freitas MLAF, Mandú ENT. Health promotion in the Family Health Strategy: policy analysis of Brazilian health. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):201-5.