



DISPLAYS E HABITUS DE GÊNERO NA COMUNICAÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cecilia SIMONETTI¹
Ligia RANGEL²

Resumo

Com este artigo se pretende tecer considerações sobre como os discursos enunciados no curso da comunicação interpessoal de equipes de saúde da família com usuárias(os) de serviços de saúde podem estar reproduzindo assimetrias de gênero, assim como apontar para a importância de que essas equipes recebam formação e supervisão em conteúdos e práticas relativamente a comunicação e gênero.

Palavras-chave: comunicação interpessoal – gênero – saúde da família.

Displays e habitus de gênero: definições

Este texto deriva de um estudo etnográfico conduzido junto a equipes de saúde de uma Unidade de Saúde da Família³ e residentes que habitam o território sob cobertura dessa unidade, em um bairro popular de Salvador. O texto discorre sobre discursos e *displays* de gênero observados em frações de interação entre as pessoas que residem no bairro e as equipes de saúde da família que prestam atendimento às mesmas. Tem por objetivo analisar como esses discursos e *displays* operam a construção dos gêneros nesse território, seja na direção de transformar, seja na reproduzir *habitus* correspondentes às relações assimétricas entre mulheres e homens.

¹ Consultora em Comunicação da Pathfinder do Brasil e integrante do Grupo de Pesquisa em Comunicação e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva e Faculdade de Comunicação /UFBA. e-mail: csimonetti@pathfind.org

² Professora do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA e integrante do Grupo de Pesquisa em Comunicação e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva e Faculdade de Comunicação /UFBA. e-mail: lirangel@ufba.br

³ As Unidades de Saúde da Família integram a Estratégia de Saúde da Família, prioritária para a reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aqui se interpretam categorias que foram acessadas por meio da observação participante das interações, cujo roteiro serviu como guia para o olhar, bem como através de entrevistas realizadas junto a 10 integrantes de equipes de saúde da família e 17 residentes, cujas respostas foram provocadas por perguntas baseadas em um roteiro semi-estruturado.

Um dos pressupostos do estudo foi o de que relações sociais, incluindo as de gênero, são construídas nas interações sociais cotidianas e são passíveis de serem apreendidas pela análise do discurso. Os *displays* de gênero e os *habitus* introjetados nos corpos e nos esquemas de percepção e ação tornaram-se discursos projetados em situações de interação.

Entende-se por interação cada contato interpessoal em que participantes tentam influenciar, por meio de componentes expressivos, as ações uns dos outros. Além da presença física imediata de uns e outros, a interação acontece por meio de um jogo dramático entre expressões e impressões, onde todos se expressam, ou seja, projetam uma expressão de si mesmo (ou mesma), para causar impressão nos demais (GOFFMAN, 2007).

Displays de gênero, no entender de Goffman (1976) são retratos convencionados correspondentes aos gêneros. Analisando *displays* de gênero, Goffman (1976, p. 9) sustenta que qualquer cena é ocasião para palavras e gestos descreverem uma “multiplicidade de ‘genderisms’⁴, ‘expressões’ de feminilidade (ou masculinidade)”, expressões que contam que a função social desses signos consiste em entreter a expectativa de que a assimetria de gênero se assenta na natureza.

Considera-se, a partir de Bourdieu (1994; 2003), que *habitus* constitui um “sistema de disposições duráveis e transponíveis que [integra] todas as experiências passadas [e que funciona] a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações” (BOURDIEU, 1994, p. 65). De acordo com o autor, é por conta do *habitus* que algumas pessoas percebem como naturais práticas que na verdade são não apenas historicamente produzidas, como o são de forma objetivamente orquestrada. Para o autor, existe um longo trabalho social de construção das posturas e demais dimensões dos *habitus* nos contextos de dominação masculina (BOURDIEU, 2003).

⁴ ‘Genderisms’ no texto original.

Em Bourdieu (1994), o *habitus* é uma categoria polissêmica. Definido como um “princípio gerador duravelmente armado de improvisações regradas” (BOURDIEU, 1994, p. 65), o *habitus* contempla, de um lado, o princípio da continuidade e, neste sentido, refere-se a um corpo socializado, estruturado, que incorpora o “sistema de disposições passado”. Por outro lado, o *habitus* embute também outro princípio gerador, o das transformações, que se refere à produção de uma resposta singular a alguma circunstância, cujos detalhes – um gesto, uma palavra – permitem perceber a ocorrência de uma transformação ou alteração.

A pesquisadora acompanhou o trabalho diário de equipes de saúde da família e suas interações com pessoas que residem em um bairro popular de Salvador, principalmente nas visitas domiciliares. Procurou observar não somente o que era dito, como também os recursos utilizados, tais como entoação, gestualidade, expressão facial e *hexis*⁵ corporais, como uma espécie de cartografia da comunicação interpessoal.

A seguir são apresentados alguns *displays* e *habitus* de gênero que resultaram do estudo.

“Você é macho ou machucado?” – A propósito dos vários gêneros

Durante uma visita de seguimento de uma agente comunitária de saúde (ACS) a uma usuária com hipertensão, entrou na sala um menino de cinco anos. A ACS iniciou uma conversa com ele e, em determinado momento, surgiu a seguinte cena:

Flávia: a gente quer ver se você é macho ou machucado? Você sabe o que quer dizer macho? Macho é homem que não chora e machucado é homem que chora. Você é macho ou machucado?

Criança: eu sou macho [com orgulho].

[Flávia e mãe dão risada, felizes e a criança começa a se exhibir].

Flávia: você já é um rapaz, por isso é que vai sozinho pro dentista. [criança chega mais perto dela, ACS pega o braço da criança e pega no músculo]

Flávia: olha só como ele já está ficando forte!

Pode-se perceber como a construção dos “machos” se faz por meio de gestos como o de apalpar o braço e afirmações que opõem estes aos “machucados”, termo que no discurso da ACS se refere a homens que choram. “Machucados” teria assim um sentido

⁵ *Hexis* ou posturas corporais.

pejorativo pois, ao mesmo tempo em que os distingue dos machos, aproxima-os do domínio atribuído ao feminino, de onde supostamente faria parte o choro. É possível interpretar que, na situação de interação acima, a fala da ACS contribuiu para reforçar a idéia socialmente dominante de que homens são fortes e machos.

Os *habitus* de gênero relativamente ao “masculino” e ao “feminino” foram observados em trechos de outras interações entre equipes de saúde da família e residentes, reproduzidos abaixo.

Ao realizar uma visita domiciliar de acompanhamento a um usuário com diabetes avançada, descoberta quando nem sentiu que queimara a perna na fogueira de São João, a profissional de saúde comentou:

O senhor tem que casar com uma mulher pra ela cuidar de você (Carla).

Em outra visita domiciliar de acompanhamento a uma usuária com hipertensão, ao atender e pedir para a ACS entrar, ela se desculpa pela bagunça da casa, afirmando:

Usuária: Quem arruma a casa são minhas filhas, e elas estão acordando agora.
Dora: Assim é que é bom, menina é mais ajeitada, menino não dá pra arrumar a casa.

Esses discursos durante as interações podem ser interpretados como tendentes a reproduzir “disposições de gênero” estruturadas no passado, na tradição, ou seja, que contribuem para a permanência da assimetria de gênero.

A linha de separação entre os dois campos – o feminino e o masculino – foi histórica e politicamente demarcada a partir de um suposto e absoluto determinismo biológico. Nos tempos contemporâneos, essa linha começou a se desestabilizar em função da visibilidade conquistada pelos movimentos sócio-políticos de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e transexuais, e da produção de conhecimentos problematizando o dimorfismo da biomedicina moderna (BIRKE, 1998; FAUSTO-STERLING, 2000; HEILBORN, 2003; HEILBORN e SORJ, 2002; LOURO, 2006; PEREIRA, 2004; TALLE, 1993).

Essas outras formas de estar no mundo que ganharam visibilidade na contemporaneidade ainda não foram incorporadas ao trabalho das equipes de saúde da

família. Na análise dos resultados do estudo ganhou relevo o recurso à auto-correção que inunda as falas de ACS quando se trata de falar de gays, lésbicas e travestis. Os depoimentos de um agente homem e duas agentes mulheres, abaixo transcritos, são exemplares neste sentido:

Olha, na minha área não... não tem, onde eu moro não tem, mas... não acho nada... nada contra não (Paulo).

Aqui tem pouco, mas eu não me dou muito assim, não tenho muito, não converso muito não, não tenho muita amizade não com esse tipo de gente (Sonia).

São tratados normais, num, ninguém... Não são mais adolescentes, já são adultos, no caso, então as pessoas meio que acostumaram... (Marcia).

Estes depoimentos sugerem que, apesar de reconhecerem formas de estar no mundo que se distinguem da (di)visão androcêntrica dominante entre “mulher” e “homem”, a discriminação ainda permanece nos discursos de ACS. Nas falas acima há muitas interrupções ou auto-correções que, de acordo Schegloff et al. (1977, p.380), são recursos que indicam, não a correção de um erro, mas uma forma de organização do uso da linguagem na interação social. Nos depoimentos acima, essas auto-correções podem ser interpretadas como um índice da pouca familiaridade das equipes em se relacionar com homossexuais, até porque, na percepção da maior parte da(os) ACS, no bairro não há muitos gays, nem lésbicas e nem travestis.

A partir das expressividades das frações de interação apresentadas acima, pode-se interpretar que ações implementadas pela unidade de saúde da família na área estudada deixam de aproveitar algumas situações oportunas para problematizar “generismos” (Goffman) e *habitus* de gênero (Bourdieu). Nos discursos das equipes de saúde da família que trabalham no bairro onde se realizou a pesquisa, se percebe a predominância de disposições de gênero fortemente arraigadas no passado, como diria Bourdieu (1994, 2003).

Os resultados da pesquisa sugerem também que a unidade local de saúde da família não é uma referência para atendimento em saúde de moradoras(es) do bairro que expressam formas de amar e de sentir prazer distintas da estabelecida pela norma social da heterossexualidade. Nos extratos dos discursos de ACS e residentes se percebe que são conhecidos outros modos de estar no mundo que transbordam a linha que separa “mulher” e

“homem”. Porém, a discriminação de gays, lésbicas e travestis ainda permanece em muitas das frações de fala captadas.

Varais e discursos

Os varais funcionam como *displays* de gênero no bairro, eles se apresentam como meios que comunicam: roupas no varal sinalizam a existência de mulheres na casa; muitas fraldas penduradas falam de casas com crianças pequenas; varais que se enchem de roupas somente nos fins de semana comunicam que nessas casas moram mulheres que trabalham fora e que não há ninguém para “substituí-las” nas lidas domésticas.

O varal, com ou sem roupa, é um signo para os residentes e ACS no bairro. É pelo varal que se pode perceber que alguma mulher se mudou para o bairro e, às vezes, uma fala como “ela não sai de casa nem para pendurar ou recolher a roupa no quintal” (Jonas) tem o sentido de informar o exercício (ou não) do direito de ir e vir das mulheres.

Foi por conta de um varal com roupas, em uma casa antes desabitada, que um ACS homem (Jonas) bateu à porta para contatar as(os) moradoras(es). Uma mulher atendeu e convidou-o a entrar. Quando ele percebeu que ela estava grávida, pelo tamanho da barriga, começou a falar para ela ir ao posto, fazer o pré-natal, participar das reuniões. Nesse momento, o marido que estava no quarto ao lado, em silêncio, entrou na sala e disse que não admitia que um homem falasse desses assuntos com a mulher dele e ameaçou bater no ACS se o encontrasse de novo na casa. O ACS explicou que era o trabalho dele, para melhorar a saúde das(os) residentes, mas o marido o proibiu de retornar. Nos dias seguintes ele observou que essa mulher raramente saía de casa para o quintal. De acordo com esse mesmo ACS:

É uma forma de violência, como no caso que falei que o homem impedia que a mulher tivesse acesso a cuidados de saúde. No começo, ninguém nem sabia que essa mulher morava na casa, pois ela não saía de dentro de casa. Só bem depois é que a gente percebeu que ela existia, pois às vezes saía no quintal para pendurar roupa no varal (Jonas).

Seguindo os varais do bairro, chegou-se a uma casa isolada, escondida atrás das fraldas. Uma criança recém-nascida no bairro receberia a primeira visita domiciliar. O pai abriu o portão e conduziu a enfermeira e a ACS até a sala, onde a mãe amamentava a bebê. Ele permaneceu no quintal enquanto, na sala, ocorria o seguinte diálogo:

Mãe – Esta é minha sexta filha.
Fátima - Menina, você tem que parar aqui!

Enquanto o diálogo entre a mãe e a enfermeira continuava, o pai entrou na sala, pedindo desculpas, pegou uma sacola e, ao sair, dirigiu-se à ACS:

Pai – Vou ficar lá fora.
Flávia - Fique à vontade, não tem problema.

Logo que o pai saiu da sala, ouviu-se a enfermeira dizer à mãe:

Fátima - Você sabe que não deve ter contato sexual nos próximos 42 dias!

Sabe-se que evitar o contato sexual após o parto e usar algum método anticoncepcional, para evitar outra gravidez, não são atos “individualizados”, da competência exclusiva da mulher, uma vez que ocorrem no contexto de uma relação. No entanto, em nenhum momento se fez menção de chamar o parceiro, que estava ao lado, no quintal. Ao contrário, quando ele entrou rapidamente na sala, pedindo licença, e saiu em seguida, ouviu da agente comunitária que poderia ficar à vontade, ou seja, escolher onde ficar. Sua opção por sair da sala foi até mesmo reforçada pela fala “não tem problema”.

À primeira vista, não envolver o marido na conversa sobre uma situação relacional ligada a práticas sexuais pode parecer insignificante. Porém, analisada sob o enfoque das relações de poder entre os gêneros, a situação poderá oferecer problemas tais como os que foram constatados por Dantas-Berger e Giffin (2005), sobre a violência contra as mulheres praticada na privacidade do lar, predominantemente pelo marido ou companheiro, muitas das vezes porque a mulher recusou ter relação sexual com ele.

Displays de gênero no corpo e violência doméstica contra mulheres

Em outra visita domiciliar, a primeira feita a uma nova moradora da área, foi ela mesma que abriu a porta e convidou para entrarmos na sala, onde havia apenas uma televisão ligada e uma cadeira de plástico branco. Foi nesta cadeira que a ACS se sentou,

até porque tinha que preencher a ficha de cadastramento. Diga-se de passagem que as (os) ACS costumam sempre carregar consigo uma pasta com as fichas de cada pessoa que são visitadas no dia. Na maioria das vezes, mal conseguem olhar para a(o) residente: vão fazendo as perguntas e anotando as respostas.

Pode ser que, por se concentrar no preenchimento da ficha, a ACS não tenha percebido que a mulher estava tensa e com manchas no pescoço. Em pé, na passagem da sala para o quarto, a mulher projetava um corpo duro, trancado, seus ombros estavam tensos, quase se encostando à orelha. Ela ficava apertando uma mão na outra, raramente soltando-as, mantendo-as sempre na altura do peito.

Enquanto a ACS anotava na ficha, a mulher introduziu um assunto que a ACS deixou de aprofundar:

Mulher: Emagreci muito ultimamente. Eu não sinto apetite, por isso estou emagrecendo. Mas também estou preocupada com meu pescoço.

Sonia: Algum problema com o marido?

Mulher: Sim.

Sonia: Você está fazendo planejamento familiar?

Mulher: Não. Faz tempo que não tenho mais relação com ele.

Sonia: Por quê?

Mulher: Não tenho vontade.

Sonia: Você precisa sair mais, encontrar mais pessoas, caminhar, vai fazer bem.

Pelo fato de ter ficado, a maior parte do tempo, lendo as perguntas e escrevendo as respostas, a ACS limitou sua expressividade na interação, ao mesmo tempo em que não se deixou impressionar pelas expressividades da mulher residente, principalmente a expressividade do seu corpo tenso e do seu pescoço marcado.

Para a pesquisadora, a cena sugeriu que na interação, apesar de a mulher ter tentado trazer para a conversa o tema da violência doméstica, a linha de ação que prevaleceu na situação interativa foi a da estratégia da saúde da família, onde ainda não se problematiza nem a assimetria de gênero, tal como foi apontado por Scott (2005), nem a violência doméstica contra as mulheres.

No artigo “Violência vivida: a dor que não tem nome”, Schraiber et al. (2003) analisam o porquê de as mulheres não contarem a profissionais da saúde e de estas(es) não perguntarem a elas (aos) questões de violência contra a mulher, nas situações de interação. Concluem que,

No campo da Saúde, os profissionais não perguntam porque não vêem qual a intervenção a ser feita, não se sentem habilitados, acham que não têm tempo para atender como deveriam, por ser este um problema por demais complexo, ou sentem o assunto muito próximo e, acima de tudo, não admitem que este seja um problema da atenção à Saúde (SCHRAIBER, L. et al., 2003, p. 45).

Além desses motivos, Schraiber et al., nesse mesmo texto, destacam a urgência de estudos que analisem a temática da comunicação e da linguagem na interação das(os) profissionais da saúde de modo que suas ações possam ser “mais resolutivas” (p. 45) diante da violência contra as mulheres. Em estudo mais recente, Schraiber et al. (2007) constataram que usuárias de serviços, em particular os de atenção primária, tendem cada vez mais a reconhecerem as situações de violência doméstica por elas vivenciadas. Porém,

(...) essa violência não é reconhecida em diagnósticos. Agregam-se as dificuldades das mulheres na revelação do vivido, reforçado pelo descrédito e julgamento moral dos profissionais que as escutam (SCHRAIBER et al., 2007, p.361).

Segundo os comentários das(os) ACS que participaram da pesquisa, elas e eles não ousam conversar sobre o tema da violência doméstica pelo fato de morarem na mesma localidade onde reside o casal. Em sua percepção, este aspecto leva-as(os) a priorizarem o “respeito à privacidade”, inclusive para não exporem, a agressões do parceiro, nem a mulher vitimada, nem elas(es) próprias(os).

A noção de “respeito à privacidade”, de acordo com Schraiber (2005, p. 54), é lembrada quando o assunto em pauta “não tem, ainda, solução explícita no campo da saúde”. Na falta de uma solução em relação a como abordar a violência doméstica na atenção básica, qualquer menção ao tema poderia, talvez, ameaçar a interação. Diante de uma possível ruptura na interação, as(os) ACS parecem recorrer a “manobras de proteção” e “manobras de defesa”, práticas que Goffman (1970) discute ao analisar o “trabalho da face” nas interações.

De acordo com Goffman (1970), nos contatos face a face as pessoas se expressam esperando provocar, nos outros, uma impressão positiva. Quando essa valoração positiva ocorre, a pessoa sente-se segura, sente que pode apresentar-se ante os demais de forma aberta e, neste caso, pode-se dizer que ela *tem ou mantém a face*. Quando os juízos dos outros não respaldam a impressão que a pessoa quer provocar, diz-se que *está com face equivocada*, uma face que não corresponde à situação e que pode fazê-la se sentir envergonhada e inferior. Alguém se arrisca a ficar *sem face*, se participar de um contato com outros sem ter preparada uma linha de ação. Em Goffman (1970), face diz respeito à auto-imagem pública que alguém reclama para si em eventos de interação. É de ressaltar, no entanto, que a face da pessoa é,

(...) algo que não se encontra localizado no ou sobre o corpo, mas, sim, algo difuso que há no fluir dos eventos do encontro e que só se torna manifesta quando ditos eventos são vistos e interpretados segundo as valorações que expressam (GOFFMAN, 1970, p. 14).

Pode-se interpretar a discrição diante de prováveis situações de violência doméstica contra as mulheres como uma “manobra protetora” da face das(os) usuárias(os). No entanto, nas palavras de Goffman (1970, p. 22), quando as pessoas pretendem mostrar respeito e “dejan sin mencionar hechos que en forma implícita o explícita podrían contradecir y perturbar las afirmaciones hechas por otros”, elas recorrem a manobras que podem conservar a face dos outros, mas que não conservam o bem-estar deles.

A partir desta colocação de Goffman é plausível problematizar a atitude de “respeito à privacidade” e refletir sobre como este modo de interação tende a desrespeitar, sem a intenção de fazê-lo, o direito à saúde das(os) moradoras(es) do bairro.

É importante destacar, inicialmente, o elemento não-intencional desse possível desrespeito construído na interação. Sobre esta questão, Goffman (1970) refere que as linhas de ação adotadas no curso da interação são atos que podem ser ou não ser intencionais, entendendo por linhas de ação os esquemas de atos verbais e não verbais por meio dos quais cada pessoa expressa sua visão da situação para impressionar os outros.

As linhas de ação sempre se definem, portanto, no curso do contato face a face, nem antes, nem depois e, sempre, em função das impressões que uns vão provocando em outros. Manter a distância, agir com formalidade, não expor “segredos” e nem fazer perguntas

sobre eles, são exemplos de linhas de ação passíveis de serem adotadas no curso de uma interação.

Analisando a cena acima descrita, pode-se interpretar tal descrição também como uma “prática defensiva” que as(os) ACS adotam para manter a sua face. Entretanto, tal prática está longe de contribuir para as mudanças em direção à mitigação das desigualdades.

Além das manobras de proteção e de defesa das faces, a análise dos resultados do estudo sinalizou que o fato de ACS residirem na área adscrita à unidade de saúde mais dificulta do que contribui para que necessidades e demandas - relacionadas ao gênero e à vulnerabilidade das mulheres à violência doméstica - sejam mais bem acolhidas na estratégia de saúde da família. Neste sentido, pode-se afirmar que a estratégia de saúde da família está dando continuidade ao *habitus* de gênero estruturado nos padrões tradicionais assimétricos; e continuará a fazê-lo enquanto as agentes se sentirem “sem saber o que responder e nem como responder”, ou dando respostas por meio de discursos carregados da visão masculina dominante, em razão da falta de melhor formação ou supervisão.

Argumenta-se que, para poderem contribuir mais efetivamente de modo a diminuir a assimetria de gênero e a possibilidade de ocorrência de casos de violência doméstica contra as mulheres, seria útil que as(os) profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família recebessem formação e supervisão de qualidade sobre esses conteúdos e na área de comunicação interpessoal.

Considerações Finais

Sabe-se que, desde que foi implementada, a estratégia da saúde da família tem contribuído para a redução da mortalidade infantil e para as melhores condições de atendimento às pessoas com idades mais avançadas (MACINKO et al., 2007; SILVESTRE & COSTA NETO, 2003). As considerações tecidas neste texto não têm a intenção de negar essas contribuições. Pretendem, ao contrário, apontar para a pertinência de rever alguns aspectos dessa estratégia.

De forma semelhante a outras pesquisas sobre o gênero no contexto da estratégia da saúde da família, o estudo mostrou que esta estratégia, no modo como está desenhada, tende a obstar inovações, como por exemplo, as que já tomaram forma em leis, políticas públicas e normas técnicas governamentais, como o Programa Brasil Sem Homofobia

(BRASIL, 2004a), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (idem, 2004b), o Plano de Enfrentamento à Feminização da Aids (idem, 2007a), o Plano de Enfrentamento da Aids entre Gays, HSH e Travestis (idem, 2007b), a Lei Maria da Penha (idem, 2007c) e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher (idem, 2007d).

Os resultados deste estudo indicaram também que uma das mudanças a introduzir reside no campo da formação e da supervisão das equipes que trabalham na área da saúde da família, em comunicação interpessoal.

A comunicação nas interações das equipes com residentes do bairro não pode continuar a ser “naturalizada”, uma vez que saber comunicar em situações de contato face a face não é algo “dado”, com o qual já se nasce. Recomenda-se que as formações de ACS e demais profissionais da saúde da família, além de conteúdos relacionados ao gênero e à violência doméstica contra as mulheres, incluam o aprendizado de práticas comunicativas que incorporem as perspectivas críticas quanto a esses conteúdos.

Argumenta-se que, sem uma formação em conteúdos e práticas do campo da Comunicação e Saúde, a equipes de saúde da família dificilmente conseguirão criar, nas interações com residentes, espaços para discursos que operem a transformação das assimetrias de gênero e das desigualdades de poder vigentes nas relações sociais e sexuais entre mulheres e homens.

Referências bibliográficas

BIRKE, A. L. “In Pursuit of Difference: Scientific Studies of Women and Men.” In: KIRKUP, G.; KELLER, L.S. (Eds). *Inventing Women: Science, Technology, and Gender*. Cambridge and Oxford: Polity. 1998.

BOURDIEU, P. Esboço de uma Teoria da Prática. In: ORTIZ, R.; FERNANDES, F. (Org). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Atica. 1994.

_____. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2003.

BRASIL. CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007b.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. *Lei Maria da Penha - Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006*. 2007c.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Brasília: SEPM. 2007d.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):417-425, mar-abr, 2005.

FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books. 2000.

GOFFMAN, E. Sobre el trabajo de la cara. In: _____. *Ritual de la interacción*. Buenos Aires, Ed. Tiempo. Contemporáneo, pp. 11-25. 1970.

_____. Gender Displays. In: *Gender advertisements*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 1976.

_____. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis: Editora Vozes. 2007.

HEILBORN, M.L. Articulando gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, M.H.A. (Org.). *O Clássico e o Novo – tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

HEILBORN, M.L.; SORJ, B. Estudos de Gênero no Brasil. In: MICELI, S. (Org), *O Que Ler na Sociologia Brasileira (1970 – 1995)*. Sociologia 2. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 2ª. edição. 2002.

LOURO, Guacira Lopes. Corpos Que Escapam. *Labrys Estudos Feministas*, n 4. 2003. Disponível em <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/guacira1.htm>. Acesso em 15 set 2006.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, Volume 65, Issue 10. 2007. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science?> Acesso em 15 nov 2007.

PEREIRA, C.A.M. O Impacto da Aids, a Afirmação da “Cultura Gay” e a Emergência do Debate Em Torno do “Masculino” - O Fim da Homossexualidade? In: RIOS, L.F. et al. (Orgs) *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA. 2004.

SCOTT, P. Gênero, Família e Comunidades: Observações e Aportes Teóricos Sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

SCHEGLOFF, E; JEFFERSON, G; SACKS, H. The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, vol 53, n 2, pp. 361-382. 1977.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 41(3):359-67. 2007.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):839-847. 2003.

TALLE, A. Transforming Women into 'Pure' Agnates: Aspects of Female Infibulation in Somalia. In: BROCH-DUE, V.; RUDIE, I.; BLEIE, T. (eds). *Carved Flesh Cast Selves, Gendered Symbols and Social Practices*. Oxford/Providence: Berg Publishers. 1993.