

MULHER, SAÚDE E SEXUALIDADE: UMA REFLEXÃO ANTROPOLÓGICA DAS AÇÕES VOLTADAS AO PLANEJAMENTO FAMILIAR E A SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS, RIO TINTO/PB

Márcia Alexandrino de Lima¹

Orientador: Pedro Francisco Guedes do Nascimento²

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) -Programa de Pós-Graduação em Antropologia
marciaalexandrinopb@hotmail.com
pedrofgn@uol.com.br

Resumo

Este trabalho investigou a forma como se desenvolvem as políticas de saúde reprodutiva e saúde da mulher no município de Rio Tinto/PB. Deste modo, trata de como as ações voltadas à saúde reprodutiva estão estruturadas; quais os principais métodos contraceptivos destinados às usuárias dos serviços da atenção básica de saúde; e como essas mulheres lidam com questões relacionadas à reprodução e à sexualidade. Além de ir a campo com desenvolvimento de observação participante, foram realizadas conversas informais com profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) e usuários dos serviços de saúde da comunidade. Através das narrativas de algumas mulheres e dos profissionais da atenção básica observa-se que a percepção de direitos sexuais e reprodutivos ainda não são trabalhados em conjunto. Deste modo, as políticas públicas veem o corpo da mulher como instrumento para alcance de metas.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Reprodução; Saúde Reprodutiva

Introdução

Este trabalho tem como posposta apresentar algumas reflexões sobre a saúde reprodutiva e saúde da mulher na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Rio Tinto/PB. Os locais da investigação foram os serviços de saúde estruturados com base na estratégia saúde da família. A partir da observação e o contato com os profissionais de saúde e usuáries (as) pude compreender a forma como os serviços de saúde são aplicados, além de conhecer o perfil das (os) usuáries (os) dessas unidades de saúde.

A pesquisa é fruto do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)³ e estou dando

¹ Mestranda em Antropologia.

² Professor do curso de Antropologia /UFPB.

³ Curso de bacharelado em Antropologia da UFPB.

continuidade no mestrado em Antropologia. As falas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre a dificuldade em convencer algumas mulheres em realizar o exame Papanicolau ⁴ foi um dos pontos iniciais.

A partir do meu contexto etnográfico procurei comparar o campo de pesquisa com os trabalhos realizados por De Zordo (2009) e Mello; Nascimento (2014) onde ambos discutem sobre as políticas direcionadas a saúde reprodutiva, saúde da mulher e direitos sexuais. Podemos definir direitos sexuais o exercício da sexualidade de todas as pessoas. Essa vivência expressa à forma em que cada pessoa configura sua identidade sexual identificando-se ou não com padrões femininos ou masculinos estabelecidos pela sociedade (Manifesto, 2008).

Os direitos reprodutivos estão relacionados ao exercício da reprodução de forma livre e sem coação. Cabe ao indivíduo decidir se quer ou não ter filhos, quantos e em que fase da vida. Para Scott, “é nos programas de saúde da mulher e do adolescente, inspirados e informados pelo movimento de mulheres e pelas ideias sobre feminismo e sobre relações de gênero, que se elaboram questões sobre saúde reprodutiva”. (Scott, 2001, p.52).

Com relação aos objetivos, procurei identificar os principais métodos contraceptivos oferecidos na atenção básica e como as mulheres lidavam com questões relacionadas à reprodução e à sexualidade do próprio corpo. Mesmo não fazendo um recorte de idade, inicialmente, o campo foi direcionado às mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Na primeira parte do trabalho procuro contextualizar o universo da pesquisa. Em seguida, realizo uma análise antropológica das principais implicações surgidas ao longo das incursões etnográficas.

As equipes de saúde da família, em especial os/as ACS, têm papel central na promoção à saúde da mulher como um todo. Nessa dimensão reprodutiva existe uma associação do útero com a identidade feminina, especialmente materna. Em consequência, o corpo feminino passa a ser “objeto” de intervenção da biomedicina com ênfase no controle da saúde sexual e reprodutiva (Rico; Iriart,2013).

Metodologia

Para as análises foram levantados dados teóricos com ênfase nos estudos de gênero, políticas de saúde e saúde reprodutiva que serviram de subsídios para compreensão do universo que

⁴ É um exame realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical. Popularmente é conhecido como “citológico”.

analisei etnograficamente. Além da literatura específica, também foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os aspectos geográficos e históricos do município.

Os locais da pesquisa foram os serviços de saúde estruturados com base na estratégia saúde da família, sobretudo, as ações voltadas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar.

A pesquisa teve como princípio metodológico a observação de campo e a descrição etnográfica. Para Geertz (1978) o trabalho do etnógrafo seria, então, desvendar os significados imbricados nas relações sociais. Através da etnografia é possível descobrir as estruturas, conceituais que informam os atos dos nossos sujeitos, o “dito” no discurso social, e construir um sistema de análise do comportamento humano. Além disso, é possível tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados (Geertz, 1978). Para a construção da etnografia são necessários alguns recursos metodológicos, como a observação participante.

A observação participante é uma técnica importantíssima, que tem como objetivo compreender o homem em suas relações e interações sociais de forma mais detalhada. Entretanto, em determinados momentos é um tanto desconfortável estar ali, pois as pessoas não compreendem o seu trabalho de observação. Usando as palavras de Geertz,

Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1978, p.20).

Cardoso de Oliveira (2006) entende que “o olhar e o ouvir constituem a nossa percepção da realidade focalizada na pesquisa empírica” e que “o escrever passa a ser parte quase indissociável do nosso pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar”.

Outro recurso utilizado foram as entrevistas semiestruturadas e conversas informais. A escolha desse tipo de entrevista possibilitou que as entrevistadas pudessem falar informalmente e tornar o “ambiente” mais descontraído. No total participaram da pesquisa 15 usuárias dos serviços das USF.

Foram realizados acompanhamentos de 3 ACS e observação nas salas de espera das unidades de saúde. As passagens pelas Unidades Saúde da Família (USF) foram centrais para aproximação com as usuárias e os funcionários. Os recepcionistas também foram importantes na construção desse trabalho, pois muitas das informações que consegui foram coletadas através das conversas informais que tive com esses profissionais durante as salas de espera. A sala de espera é o local de maior movimentação e interação entre quem usa os serviços e os profissionais da instituição.

Resultados e Discussão

Universo da pesquisa

Rio Tinto está situado geograficamente na microrregião do Litoral Norte e na mesorregião do Agreste paraibano, e sua área é de 466 Km². Fica, aproximadamente, a 50 km de João Pessoa e de acordo com o último censo realizado tem uma população estimada em 22.976 habitantes.

A atenção básica à saúde do município é organizada a partir de nove USF, onde quatro estão localizadas na zona urbana e cinco na zona rural. Desenvolvi minha pesquisa em duas das nove unidades de saúde do município: uma que fica localizada na zona urbana do município e outra na zona rural.

No Brasil o SUS foi criado a partir do processo de redemocratização que o país vivia após o fim da ditadura militar. Com isso, movimentos políticos e movimentos sociais lutaram com o objetivo de forçar o Estado a ampliar a cobertura a saúde da população (Gerschman;Santos,2006). O SUS é pautado em três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) é a atenção primária do SUS que se propõe a garantir um conjunto de ações de saúde à população, articulada à média e alta complexidade do sistema de saúde (Couto;Marin,2009). A família é o principal meio dessas políticas serem efetuadas.

Em termos históricos, a saúde da mulher foi incorporada às políticas de saúde nas décadas de 30, 50 e 70 do século XX. Entretanto, os programas criados limitavam-se as demandas relativas ao período gestacional e ao parto. Dessa forma, a mulher era vista apenas como reprodutora biológica que desempenhava seu papel social de mãe e doméstica. Essas ações eram aplicadas isoladamente e não havia integração com outros programas promovidos pelo Ministério da Saúde (Brasil,2004).

O SUS oferece algumas opções e orientações para auxiliar no planejamento reprodutivo e sexual. Esses métodos podem ser medicamentosos (reversíveis) ou cirúrgicos (irreversíveis). Existem também os métodos tradicionais ou comportamentais com baixa eficácia, mas que ainda são utilizados. Os métodos comportamentais usam a abstinência sexual no período do mês em que a mulher está fértil. Alguns fatores podem indicar o período de fertilidade feminina, como por exemplo: as características do muco cervical, as alterações da temperatura basal ou o método da tabelinha.

Na atenção básica os principais métodos destinados ao uso são: anticoncepcional oral de uso mensal, anticoncepcional injetável que podem ser usados mensalmente ou trimestralmente,

anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte), além de preservativos masculinos e femininos.

“Ah, no meu tempo tinha isso não”: Laqueadura como método de esterilização feminina

Afrodite⁵ tem 47 anos, cursou até o 7º ano do Ensino Fundamental, três filhos, é funcionária pública, vive em uma união estável, se declara católica e reside na zona rural do município. Iniciou a vida sexual muito cedo. Como não tinha acesso à contraceptivos convencionais, engravidou na adolescência e optou em realizar um aborto. Das interlocutoras, foi a única que afirmou, sem tabu, ter provocado um aborto. Era muito jovem e não tinha condições financeiras e psicológicas de arcar com uma gravidez indesejada e precoce. Engravidou mais duas vezes, porém decidiu dar continuidade as gravidezes.

Afrodite afirmou ter realizado laqueadura aos 20 anos de idade. A possibilidade dela engravidar novamente incomodava o irmão mais velho. Decidiu encerrar a vida reprodutiva por causa da postura dele, na ocasião não tinha outra alternativa. Nessa época, seu irmão morava em João Pessoa e ajudava o pai nas despesas semanais e não via com bons olhos quando ela engravidava. Além disso, tinha o desejo que ela estudasse e fizesse um curso universitário. A “pressão” exercida pelo irmão foi um dos fatores decisivos para essa decisão. Anos depois, arrependeu-se porque seu filho mais velho faleceu. Quando a questioneei se tinha realizado a chamada “ligação”⁶ ou se conhecia alguém que tinha passado pelo procedimento respondeu-me demonstrando arrependimento.

De acordo com Vieira (2003), a única forma de prevenir o arrependimento seria intervir no processo de decisão para que ocorra de maneira consciente e informada.

Atualmente, com a implantação da Lei de Planejamento Familiar⁷, para a realização da laqueadura são necessários: ter no mínimo 2 filhos vivos e no mínimo 25 anos de idade. O arrependimento também pode estar relacionado a problemas cirúrgicos, problemas sexuais ou menstruais após a esterilização. Além disso, ter autonomia de escolha é elemento preponderante para se evitar o arrependimento.

⁵ Utilizo nomes fictícios por questões éticas.

⁶ No contexto da pesquisa a laqueadura é chamada por “ligação”.

⁷ A lei foi sancionada em 1996 (Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996).

Vênus tem 49 anos de idade, casada e teve duas filhas. Assim como Afrodite, Vênus também fez laqueadura por volta dos 25 anos de idade. Quando a questionei como tinha sido nas duas vezes que engravidou, ela destacou que na época não realizou pré-natal e não passou por exames de rotina.

Assim como a maioria das mulheres dessa faixa etária, a entrevistada optou pelo método irreversível de esterilização. Um dos motivos é que não queria ter muitos filhos. Pelo desejo do marido, ela não teria passado pelo procedimento cirúrgico. Entretanto, ela teve “autonomia” para decidir mesmo havendo essa discordância entre o casal.

De acordo com seu relato, para conseguir a cirurgia (laqueadura) uma de suas primas, que trabalhava para um médico da região, falou com ele para ter acesso a cirurgia. Esse médico, além de ser um profissional da área da saúde, é um dos políticos do município. Observa-se que esse tipo de cirurgia era e ainda é utilizada como mecanismo para obtenção de votos. Tanto Afrodite quanto Vênus mencionam, implicitamente, essa prática que é comum em cidades do interior. Isso fica claro, quando elas destacam a “ajuda” de alguém para conseguir a cirurgia. Durante a pesquisa surgiram outros relatos similares a esses dois.

A realização da laqueadura para algumas mulheres é sinônimo de adquirir mais autonomia em relação ao próprio corpo. Significando dessa forma, não ser mais dependente de métodos contraceptivos e um marcador do fim da vida reprodutiva. Em contrapartida, “assegurar que a oferta da esterilização seja ética e garanta os direitos reprodutivos são princípios que devem nortear as atividades de planejamento familiar frequentemente não factível” (Vieira,2003, p.180).

O Ministério da Saúde vai incumbir-se da distribuição de contraceptivos após a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁸. A ideia de saúde sexual preventiva era um embrião em desenvolvimento. Dessa forma, muitas mulheres não detinham informações básicas sobre contraceptivos sintéticos, assim como, o acesso a eles. Em decorrência da falta de informação e disponibilidade de outros métodos, muitas mulheres optavam pela laqueadura.

Planejamento familiar: “Novos Tempos”

⁸ O PAISM foi criado em 1984. O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnósticos, tratamento e recuperação, englobando a assistência em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar. DST, Câncer de colo do útero e de mama, além de outras ações a partir do perfil populacional (BRASIL,2004, p.17).

De acordo com relatos das interlocutoras, nas áreas rurais, a exemplo das áreas que pesquisei, as mulheres só iam a uma instituição de saúde já na fase final da gravidez, em tempos de “parir”. Como por exemplo, nas falas de Afrodite e Vênus. Elas afirmaram não ter realizado pré-natal pela falta de uma unidade de saúde na comunidade, na época em que engravidaram.

As gestações de ambas ocorreram nos anos de 1980/1990. Esse período é marcado pelo início das reformas sanitárias no país e implantação de novas políticas de saúde. Provavelmente, no município essas medidas estavam sendo aplicadas aos poucos.

A partir do final anos 90, as USF são utilizadas como ferramentas importantes para auxiliar o planejamento familiar e no combate ao HIV/AIDS. Entretanto, o foco na necessidade de estimular o uso da camisinha e de dar visibilidade a populações tradicionalmente excluídas dos serviços de saúde, não possibilitou que a abordagem da sexualidade promovida pelos programas e ações voltados para o combate ao HIV atingissem as proposições iniciais (Diniz; Villela, 1999 *apud* VILLELA; MONTEIRO, 2006).

Dessa forma, é estimulado o uso do preservativo masculino através de campanhas de conscientização. Apesar disso, a grande mídia pouco veicula as informações sobre a doença; e quando o faz, é de forma distorcida e parcialmente. Ainda no cenário social acredita-se que a doença é específica de alguns grupos. Nesse imaginário, acredita-se que o homem heterossexual não contrai o vírus e a mulher que carrega a camisinha na bolsa é promíscua (Lima, 2011).

Uma das entrevistadas, ao ser questionado sobre métodos contraceptivos, fez relatos relevantes. Hera (31 anos de idade, não tem filhos e está em um relacionamento estável há alguns anos). Comentou que fez um curso técnico em saúde bucal e viu alguns assuntos de saúde pública. Hera trabalha na capital a semana inteira e o namorado reside em Rio Tinto e dessa forma tem dúvidas da fidelidade do companheiro. Por causa disso, tem receio que ele transe com outras mulheres sem preservativo e adquira uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) e transmita para ela. Em decorrência dessa desconfiança pede para ele, caso saia com outras mulheres, usar preservativo. Ao ser questionada por mim, sobre o motivo de não usar a camisinha, ela alegou que acha desconfortável e como tem parceiro fixo opta pela pílula.

A camisinha masculina é motivo de muitas discussões entre os casais, principalmente nas relações estáveis. Na fase inicial dos relacionamentos ou em encontros casuais, os casais até chegam a usá-la, porém quando os relacionamentos ganham estabilidade optam apenas pela pílula.

De acordo com Vieira, “embora os métodos anticoncepcionais estejam bastante disseminados no país e haja conhecimento sobre eles, esse conhecimento ainda é muito restrito”(Vieira, 2003, p.175). Dessa forma, mitos a respeito dos mesmos são construídos entre as mulheres. Como exemplo, mitos relacionados ao Dispositivo Intra -Uterino (DIU) , onde acredita-se que esse método pode provocar câncer ou prejudicar uma futura gravidez. Das minhas interlocutoras apenas uma citou conhecer o DIU. Algo preocupante

Discurso normatizador: “Esse povo não se cuida”

Ao entrevistar uma das enfermeiras, ela falou que desde que passou a coordenar a unidade tem promovido ações para que as mulheres compreendam a necessidade de tomar alguns cuidados com relação à saúde sexual, como por exemplo o exame fazer o exame Papanicolau . No entanto, algumas delas ainda resistem em realizá-los. De acordo com Foucault, “a medicalização minuciosa dos corpos femininos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito a saúde de seus filhos, a solidez da instituição familiar e a salvação da sociedade”. (Foucault, 1988, p.137)

A enfermeira falou que aconselha suas pacientes a usar a pílula em conjunto com o preservativo. Diz para elas, que se caso os parceiros não queiram usar o preservativo masculino que façam uso da camisinha feminina. Ela relatou o caso de uma paciente que estava com a região bucal tomada por verrugas. Ao examiná-la, percebeu que o caso era bastante grave e dessa forma a encaminhou para um especialista. Possivelmente, já havia atingido parcialmente a garganta da paciente. A enfermeira fez questão de frisar, que as mulheres as vezes não pensam nas consequências durante o sexo e quando percebem já é tarde.

O discurso dos profissionais da saúde enfatizando que as mulheres deveriam se cuidar, pois não estão atentas com o bem-estar físico delas mesmas, em alguns momentos da pesquisa incomodava-me. Em específico aos cuidados relacionados a vida sexual. Parafraseando Foucault “a sexualidade foi definida por um processo patológico, solicitando, portanto, de intervenções terapêuticas ou de normalização” (Foucault,1988, p.78).

Em outros momentos, as ACS mencionaram dificuldades em convencer algumas mulheres em realizar o exame Papanicolau. De acordo com as conversas que tive com essas profissionais, enfermeiras e as próprias mulheres, essa resistência é promovida por uma infinidade de motivos. Pode ser por vergonha, medo ou desconforto em expor o corpo a enfermeira durante o exame.

Além disso, pode ser gerado em decorrência das usuárias conhecerem a equipe e a/o profissional que realiza o exame.

Outra ACS falou que argumenta, para as mulheres, que a enfermeira é uma mulher e não há necessidade de sentir vergonha. Ao conversar comigo, ela reproduziu o discurso para tentar convencê-las: “O exame né feito por uma enfermeira?! Mulher como a gente. Digo: Mas você não se abre para seu marido. Você não conhecia ele. Elas dizem: Mas é diferente”.

A sexualidade ainda é discutida timidamente em todos os ciclos da vida, principalmente entre as mulheres. Neste sentido, “a cada vez que a mulher expõe seu corpo durante esse tipo de exame, aflora o sentimento de vergonha, que pode ser justificado pelo tabu do sexo (Duavy *et al*, 2007, p.735).

Considerações finais

Os elementos trazidos ao longo dessa pesquisa precisam ser entendidos a partir de uma compreensão política e socioantropológica. Abordar temas que envolvam políticas públicas exige uma investigação interdisciplinar, pois são extremamente complexos.

Diante das questões analisadas, detectaram-se muitas divergências. Uma delas é abordagem realizada pelos profissionais a saúde sexual e reprodutiva. Em contrapartida, não foram encontrados elementos que direcionem a saúde do homem. Consegui observar excessivas políticas ofertadas às mulheres em idade reprodutiva, que são mães e cuidam da família.

Ressalvo que existem esforços dos profissionais em desenvolver práticas que diminuam e previnam patologias advindas do sexo, no entanto, essas práticas ainda limitam-se ao discurso da biomedicina que estão aquém das realidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL, Lei .9.263 de 12 de janeiro de 1996. Presidência da República. Casa civil subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm> Acesso em 10 mai.2016.

CORRÊA, Sônia; ÁVILA, Maria B. Direitos Sexuais e reprodutivos: Pauta global a percursos brasileiros. In: BERQUO, Elza (Org.). **Sexo e Vida: Panorama** da Saúde reprodutiva no Brasil. Campinas/SP: Editora da UNICAMP.2003. p.17-94.

COUTO, Rosa Carmina de Sena; MARIN, Rosa Acevedo. **PSF e SUS**: Revisitando algumas ideias sobre a política de Saúde no Brasil.In: _____. Saúde da Família: atenção Primária na Amazônia. Belém: NAEA; UFPA, 2009.p17-27.

DUAVY *et al.* **A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.12 no. 3,p.733-742,Mai/Jun. 2007

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**: A vontade de saber. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GERSCHMAN, S. SANTOS, M.A.B. **O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX.** Revista brasileira de ciências sociais. v.21, n.61, p.177-190, 2006.Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092006000200010&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 jun.2015.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** 1. ed.,13reimpr.Rio de Janeiro:LTC,2008

LIMA, Severino R. Comentários. In: FRANCH, Mônica *et al.* **Novas abordagens para casais sorodiferentes.** João Pessoa: Grupessc/Editora Manufatura ,2011.

MANIFESTO: **Campanha pela convenção dos Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos**(Versão abreviada).Edições Loyola.Brasil.Fev.2008.

NASCIMENTO, Pedro F.G.; MELO, Ariana Cavalcante; “Esse povo não está nem aí”:as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió/Alagoas. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Org.). **Etnografia dos/nos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.p.267-297.

NASCIMENTO,Pedro Francisco Guedes do.“**O Bolsa Família tem ajudado muito a gente**”: ações, sujeitos e interpretações das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família em

Rio Tinto/PB. GT 43: (Higienismo, saúde e sociedade: Políticas ,valores e práticas ontem e hoje). 29ª RBA (Reunião Brasileira de Antropologia)2014.

OLIVEIRA, Roberto C. “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever”. In Roberto Cardoso de OLIVEIRA, **O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2006.

RICO, Ana Maria; IRIART,Jorge Alberto Bernstein. “**Tem mulher ,tem preventivo**”:**Sentido das práticas preventivos do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador ,Bahia ,Brasil**.Caderno Saúde Pública ,Rio de Janeiro ,n.29,p.1763-1773,set.2013.Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a16v29n9.pdf> >Acesso em :30 abr. 2015.

RUSSO. Jane *et al* . **Sexualidade, Ciência e profissão no Brasil**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. Disponível em <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sexualidade_ciencia_profissao.pdf> Acesso em: 12 Out.2015.

SCOTT, R. Parry. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, M. Coleta e ROCHA, M. Baltar. (Orgs.) **Saúde Reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Editora da Unicamp/NEPO, 2001. p. 49-69.

Vieira, Elisabeth M. Políticas públicas e contracepção no Brasil . In: In: BERQUO ,Elza (Org.).**Sexo e Vida** :Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil .Campinas/SP: Editora da UNICAMP.2003.p.151-190.

Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.) **Gênero e Saúde**: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005. p. 13-28.

ZORDO, Silvia de. **O Planejamento Familiar na Bahia, entre saúde pública, neomalthusianismo e direitos das mulheres**. GT 2: Antropologia e Saúde Pública.REA (Reunião Equatorial de Antropologia).