

Esquemas de gênero de adolescentes do sexo feminino

Sérgio Cardoso Barcelos

Leonardo Santos Maia

Wanderlei Abadio de Oliveira

Iara Falleiros Braga

Jorge Luiz da Silva

Cléria Maria Lobo Bittar

Resumo: Este estudo objetivou identificar os esquemas de gênero entre adolescentes do sexo feminino. Participaram 93 adolescentes do sexo feminino (idade média 16 anos), estudantes de uma escola de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional no estado de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio da aplicação do Inventário Feminino dos Esquemas de Gênero do Autoconceito que avalia fatores do esquema de gênero feminino (Sensualidade, Inferioridade e Ajustamento social) e masculino (Arrojamento, Egocentrismo e Negligência) em mulheres. Os dados foram analisados estatisticamente por Análises de Variância (ANOVA). Os resultados indicaram uma predominância do perfil de esquema de gênero isoesquemático (93,6%), demonstrando uma simetria entre os esquemas masculino e feminino. Os perfis de esquemas de gêneros se diferenciaram significativamente em relação ao Egocentrismo, Negligência, Ajuste Social e Sensualidade. São resultados importantes, pois a maioria dos estudos em esquema de gênero foca a população adulta.

Palavras-chave: Gênero; Perfil psicológico; Saúde da Mulher; Saúde do Adolescente.

Gender schemas of female adolescents

Abstract: This study aimed to identify the gender schemas among students adolescents women. A total of 93 female adolescents students (mean age 16 years) from a secondary school integrated to vocational education of the state of Minas Gerais participated in the study. Data were collected through the collective application of the Female Inventory of Gender Schemes of Self-Conception that evaluates factors of the female gender schema (factors: Sensuality, Inferiority and Social Adjustment) and male (factors: Burden, Egocentrism and Neglect) in women. The data were analyzed statistically by Analysis of Variance (ANOVA). The results indicated a predominance of the isoschematic gender scheme profile (93.6%), demonstrating a symmetry between the male and female schemes. The gender schema profiles differed significantly from Egocentrism, Neglect, Social Adjustment, and Sensuality. It is important result, since most studies in a gender scheme focus on the adult population.

Keywords: Gender; Psychological profile; Women's Health; Adolescent Health.

Introdução

Historicamente, até meados do século XX, o masculino e o feminino foram considerados constructos unidimensionais, distinguidos por caracteres biológicos e marcadores da função reprodutora, que definia o que era ser homem e o que era ser mulher. Entretanto, a partir da década de 1970 esses constructos foram ampliados e assumiram uma concepção bidimensional que considerava como relevantes os aspectos psicológicos

e as interações sociais e culturais na definição de cada gênero. Na atualidade, masculino e feminino são concebidos como estruturas multidimensionais, influenciadas pelo contexto social e com manifestações diversas, não relacionadas apenas ao sexo biológico, mas também às questões de gênero (Giavoni, 2002).

Nesse cenário de mudanças teóricas e conceituais foi elaborada a Teoria dos Esquemas de Gênero (do inglês *Gender Schema Theory*) que, partindo de uma perspectiva sociocognitiva, se propõe a analisar como as pessoas constroem seu funcionamento cognitivo e comportamental de gênero na sociedade a partir da primeira infância e ao longo do ciclo vital (Kulik, 2006; Range & Jenkins, 2010). Segundo essa teoria, nos primeiros anos de vida, cada pessoa desenvolve ideias e concepções sobre o que significa ser masculino ou feminino (esquemas de gênero). Esse desenvolvimento é mediado pelas experiências com outras pessoas, pela cultura e pelos processos de aprendizagem por observação e modelagem. Essas ideias e concepções terminam sendo a referência na categorização de informações, tomada de decisões e regulação comportamental (Starr & Zurbriggen, 2017).

Como se pode depreender, os esquemas de gênero possuem uma matriz cognitiva, mas essa matriz se relaciona com as questões sociais e culturais. Em termos práticos, há nas sociedades classificações baseadas em gênero que são impostas e regulam como os diferentes comportamentos e maneiras de existir serão relacionados ao homem ou à mulher (Giavoni, 2002). Assim, no decorrer do desenvolvimento, crianças e adolescentes vão internalizando padrões culturais sobre o que é considerado masculino e feminino, o que pode favorecer o surgimento de estereótipos e situações de preconceito e discriminação. Isso pode ocorrer por se tratar de uma lógica sustentada na expectativa de adequação a expectativas e na rejeição de manifestações que não coincidam, por exemplo, com o sexo biológico ou com o que cada cultura define como sendo masculino ou feminino (Kulik, 2006).

Os esquemas de gênero são partes constitutivas do autoconceito das pessoas. Em termos de tipologia psicológica de gênero, as pessoas podem ser classificadas como heteroesquemáticas quando há a predominância de um dos esquemas sobre o outro. Por exemplo, podem ser heteroesquemáticas masculinas ou heteroesquemáticas femininas, independentemente do sexo biológico. Por outro lado, quando existe uma simetria entre os esquemas masculino e feminino são classificadas como isoesquemáticas (Gomes, Sotero, Giavoni, & Melo, 2011). Essa classificação é importante, pois ajuda a compreender as diferenças que as pessoas julgam e se comportam de maneira diferenciada a partir de um mesmo estímulo relacionado ao gênero. Por exemplo, um mesmo estímulo masculino tenderá a ser julgado diferentemente por homens e mulheres com predomínio do esquema masculino sobre o feminino (heteroesquemáticos masculinos) em relação a homens e mulheres com equilíbrio entre os esquemas (isoesquemáticos) ou com predomínio do esquema feminino (heteroesquemáticos femininos) (Melo, Giavoni & Troccoli, 2004).

Isso acontece devido aos componentes sociais e culturais que influenciam na construção cognitiva dos esquemas de gênero, ao mesmo tempo em que esses esquemas, quando constituídos, influenciam o pensamento, os sentimentos e os comportamentos das pessoas. Socialmente, traços individualistas (independência, agressividade e racionalidade, por exemplo) são comumente considerados como pertencentes ao esquema masculino,

enquanto os traços coletivistas ou expressivos (sensibilidade, empatia, cuidado, por exemplo) como pertinentes ao feminino (Giavoni & Tamayo, 2003). Entretanto, enquanto uma construção sociocognitiva, esse aspecto é importante para se pensar questões de saúde e o cuidado oferecido nos serviços, principalmente quando o foco recai sobre as necessidades que são particulares e, ao mesmo tempo, múltiplas segundo os grupos populacionais.

De modo geral, identifica-se que, na pesquisa epidemiológica, a variável “sexo biológico” necessita ser ampliada, pois ela já foi vista como indicadora de padrões de risco ou exposição às vulnerabilidades, relacionadas a comportamentos específicos de homens e mulheres (Barata, 2009; Santos & Bagrichevsky, 2011). Esse cenário se constitui em muitos estudos que abordam a saúde do homem ou da mulher, buscando explicações para eventos de saúde pautando-se exclusivamente no “sexo biológico” das pessoas (Barata, 2009; Santos & Bagrichevsky, 2011). Essa perspectiva desconsiderou, por muito tempo, a complexidade e as múltiplas facetas da questão do gênero para pensar as políticas de cuidado instituídas e operacionalizadas nos serviços.

Para as mulheres essa lógica é percebida, por exemplo, na organização de alguns serviços em que o cuidado é pautado em questões ginecológicas ou vinculadas à saúde reprodutiva (Aquino, 2006; Barata, 2009). O discurso sobre essa abordagem é amplo e pode ser mensurado nos cursos de formação universitária, nas políticas de saúde e no cotidiano dos serviços. Esse discurso não permite problematizar de forma sistemática como arregimentar novas formas de cuidar de populações com esquemas de gênero distintos. Essa perspectiva é relevante, especialmente, quando se considera a adolescência e suas características de desenvolvimento, uma vez que esse desenvolvimento não ocorre somente no que se refere ao sexo biológico ou aos caracteres sexuais, mas também na constituição do autoconceito, identidade e personalidade que são amplamente influenciados por variáveis sociais, culturais e experiências de vida e de cuidado (Silva et al., 2014).

É necessário, portanto, compreender os esquemas de gênero das populações para propor estratégias de cuidado específicas na área da saúde. Nesse sentido, esse estudo objetivou identificar os esquemas de gênero entre estudantes do ensino médio profissionalizante. Essa abordagem se propõe a oferecer uma análise do perfil psicológico dos esquemas de gênero, reforçando o discurso contemporâneo sobre a importância do princípio da equidade, mediante o reconhecimento de necessidades de grupos específicos e atuação para reduzir o impacto das diferenças.

Método

Participantes

Este estudo transversal foi realizado com 93 adolescentes do sexo feminino estudantes de uma escola de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional de um município do interior do estado de Minas Gerais. A média de idade foi de 16 anos (DP=0,8 anos). As participantes estavam matriculadas em quatro cursos: Edificações (39,8%), Mineração (36,6%), Mecânica (12,9%) e Eletrônica (10,8%). Quanto ao nível

socioeconômico, 62,2% pertenciam a famílias das classes B1 e B2 (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015).

Instrumento

Inventário Feminino dos Esquemas de Gênero do Autoconceito – IFEGA (Giavoni & Tamayo, 2005). O IFEGA é composto por 75 itens que avaliam fatores do esquema de gênero feminino e masculino em mulheres. O esquema feminino é formado pelos fatores: Sensualidade, Inferioridade e Ajustamento social. O esquema masculino é formado pelos fatores: Arrojamento, Egocentrismo e Negligência. Cada item possui cinco opções de respostas que variam desde “não se aplica” ao respondente à “se aplica totalmente”. O instrumento permite a classificação de três perfis de esquema de gênero, sendo eles heteroesquemático masculino, heteroesquemático feminino e isoesquemático. Análises psicométricas indicam boa consistência interna para os fatores do inventário (Alfa de Cronbach) com valores entre 0,73 e 0,92.

Procedimentos

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2013 em uma escola de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, selecionada por conveniência. Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (protocolo nº CAAE: 16299813.0.0000.5495), todos os estudantes matriculados nos cursos oferecidos pela escola (Edificações, Eletrônica, Mecânica e Mineração) receberam informações detalhadas sobre a pesquisa. Somente participaram do estudo os estudantes que aceitaram voluntariamente e apresentaram assinado por um responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos de coleta de dados (IFEGA) foram aplicados de forma coletiva nas salas de aula durante os horários das aulas de Educação Física. O pesquisador responsável pela coleta de dados foi auxiliado pela psicóloga da escola, ambos ficavam de prontidão durante todo o tempo de aplicação para o esclarecimento de dúvidas dos estudantes. Os estudantes das 14 turmas investigadas demoravam em média 30 minutos para responderem ao instrumento de coleta de dados. Em todas as etapas do estudo foram seguidas as recomendações e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

O programa SAS (versão 9.2) foi utilizado para a realização das análises estatísticas. Primeiramente, os três perfis de esquema de gênero (Isoesquemático, Heteroesquemático Masculino e Heteroesquemático Feminino) foram definidos de acordo com o método de análises espaciais proposto por Giavoni e Tamayo (2003), o qual fornece também as normas masculina (Nm) e feminina (Nf) das estruturas espaciais representativas dos esquemas de gênero. Na sequência, foram realizadas as análises descritivas das variáveis em estudo, em termos de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão. Análises de variância (ANOVA) foram realizadas utilizando os perfis de esquema de gênero como variável independente e os fatores masculino e feminino da Escala IFEGA como variáveis dependentes. O teste post hoc de Bonferroni foi utilizado para identificar em quais

combinações de grupos estavam localizadas as diferenças estatisticamente significativas. Considerou-se para todas as análises um nível de significância de 5%, $p < 0,05$.

Resultados

Em relação aos esquemas de gênero, as estudantes da amostra ($n=93$) foram classificadas como: isoesquemáticas (93,6%), heteroesquemáticas femininas (3,2%) e heteroesquemáticas masculinas (3,2%). Os resultados para as comparações entre os três perfis de esquema de gênero e os fatores masculinos e femininos da Escala IFEGA são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Diferenças entre os perfis de esquema de gênero e os fatores masculinos e femininos da Escala IFEGA.

	Isoesquemáticos		Heteroesquemático Masculino		Heteroesquemático Feminino		Anova	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	F	p
Arrojamento	2,72	0,47	3,08	0,60	2,73	0,09	0,87	0,42
Egocentrismo	1,15	0,58	2,42	1,01	0,83	0,30	5,63	0,005
Negligência	1,16	0,62	2,29	0,46	0,71	0,43	4,25	0,02
Sensualidade	1,57	0,69	0,36	0,05	2,36	0,31	7,03	0,002
Inferioridade	1,32	0,50	1,44	0,79	1,50	0,22	1,15	0,32
Ajuste Social	3,00	0,45	1,83	0,13	3,81	0,10	15,86	<0,001

Na Tabela 1, para os três fatores que compõem a escala masculina do IFEGA, a Anova revelou a inexistência de diferenças significativas entre os perfis de esquema de gênero em relação ao Arrojamento. Os perfis diferenciaram-se significativamente em relação ao Egocentrismo, com as diferenças localizadas entre o perfil isoesquemático e o heteroesquemático masculino ($p=0,002$), bem como entre o perfil heteroesquemático masculino e o heteroesquemático feminino ($p=0,004$). Em relação à Negligência, os resultados indicaram a existência de diferenças significativas entre os perfis isoesquemático e heteroesquemático masculino ($p=0,01$) e entre o perfil heteroesquemático masculino e o heteroesquemático feminino ($p=0,007$).

Para os três fatores que compõem a escala feminina do IFEGA, o fator Inferioridade não apresentou diferenças significativas entre os perfis de esquema de gênero. O fator Ajuste Social foi o que mais se diferenciou entre os perfis: isoesquemático e heteroesquemático masculino ($p=0,002$), heteroesquemático masculino e heteroesquemático feminino ($p=0,003$), e heteroesquemático masculino e o heteroesquemático feminino ($p < 0,001$). Também houve diferença significativa no fator Sensualidade, que ocorreu entre o perfil isoesquemático e o heteroesquemático masculino ($p=0,002$) e entre os perfis heteroesquemático masculino e heteroesquemático feminino ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Discussão

A maioria das participantes deste estudo apresentaram o perfil psicológico de esquema de gênero isoesquemático (93,6%), indicando uma simetria entre os aspectos masculinos e femininos. De acordo com Melo e Giavoni (2010), trata-se de uma característica que pode favorecer o relacionamento em grupo e as interações sociais. Como na adolescência o maior desenvolvimento cognitivo e a busca por maior autonomia alteram o modo como os adolescentes se relacionam com a família, a escola e os pares (Duarte, Pinto-Gouveia, & Rodrigues, 2015), possuir um perfil de gênero isoesquemático pode facilitar o convívio social das adolescentes, em termos das interpretações mais relativizadas que elas fazem acerca de estímulos relacionados a gênero, sejam eles masculinos ou femininos. Talvez a maior prevalência de perfil isoesquemático possa ser explicada pelo fato da sociedade estar mais tolerante em relação ao que é próprio de menino ou menina. De igual modo, existe na atualidade uma maior problematização, especialmente via educação, que tem colaborado para transformar a cultura de padrões e papéis de gênero estanques.

Especificamente sobre as dimensões vinculadas ao esquema feminino, o fator Ajuste Social foi o que mais se diferenciou entre os três perfis de esquema e gênero, com maior ajuste para as adolescentes heteroesquemáticas femininas e isoesquemáticas. Esses dois perfis demonstram, portanto, maior preocupação pelo bem-estar do outro, empatia e propensão para causas coletivas (Giavoni & Tamayo, 2005). Trata-se de um fator importante não somente para assegurar uma maior qualidade nas interações com outras pessoas, mas também para a formação de uma autoimagem e um autoconceito positivos (Giavoni & Tamayo, 2005; Melo et al., 2004). Outro fator do esquema feminino que se diferenciou entre os grupos foi a Sensualidade, com menor média para o perfil heteroesquemático masculino que demonstrou pouca propensão a utilizar a atratividade, charme e sedução nas relações sociais, atribuindo pouca importância à elegância e vaidade.

Em relação ao fator Negligência, pertencente ao esquema masculino, houve preponderância para o perfil heteroesquemático masculino, indicando que as adolescentes classificadas neste perfil apresentam características como desleixo e desmazelo em relação à aparência física ou não atribuem muita importância a esse aspecto. De acordo com Giavoni e Tamayo (2005), esse fator pode ser interpretado como uma ruptura das mulheres adolescentes dos padrões de aparência esperados, mediante pouca valorização de cuidados com a imagem e com a aparência física. Em contrapartida, esse mesmo perfil heteroesquemático masculino se diferenciou dos demais em relação ao fator Egocentrismo, demonstrando possuir pouca capacidade para aceitar opiniões, atitudes ou condições divergentes daquelas esperadas por ele, apresentando ainda características como autoritarismo, insensibilidade e agressividade (Giavoni & Tamayo, 2005).

Como se pode depreender dos resultados apresentados, os esquemas de gênero pertencem ao domínio psicossocial individual, mas que possui uma inter-relação com aspectos sociais e culturais e amplos. Esse domínio desempenha um papel importante nas questões de saúde na medida em que pode representar respostas subjetivas e desigualdades sociais relacionadas às diferenças entre homens e mulheres marcadas no contexto social e que se manifestam na construção de estereótipos relacionados ao

gênero (Barata, 2009; Kulik, 2006; Range & Jenkins, 2010; Starr & Zurbriggen, 2017). Assim sendo, os esquemas gênero podem ser considerados no planejamento dos cuidados de saúde centrado no usuário, neste caso das mulheres adolescentes. Informações que são importantes durante o contato equipe-usuário, equipe-equipe e área da saúde em si (Mendonça, 1998, p.101; Rodrigues, 2015), uma vez que o cuidado integral e centrado na mulher preconiza a construção de ações que ultrapassam o atendimento biomédico (Rodrigues, 2015). Além disso, esse cuidado precisa considerar a mulher empoderada e capaz de assumir, em termos de autonomia, aspectos relacionados ao seu autocuidado. Características que foram reveladas entre as participantes dessa investigação.

Neste sentido, compreender o perfil de esquemas de gênero de mulheres adolescentes se torna importante para realizar inferências a respeito dos comportamentos de cuidado e autocuidado em saúde. Além disso, essa perspectiva pode auxiliar equipes e profissionais a reorientarem suas práticas, ultrapassando os estereótipos ou o ponto de vista estratégico na área a partir dos determinantes biológicos. O cuidado integral explorado nessa direção é aquele capaz de promover níveis de saúde, qualidade de vida e bem-estar integral das mulheres (Barata, 2009; Rodrigues, 2015; Santos & Bagrichevsky, 2011).

Partindo de uma noção de saúde ampliada e vinculada aos aspectos sociais, psicológicos, biológicos, sexuais, ambientais e culturais, sem desconsiderar ou valorizar um ponto em detrimento de outro, será de boa qualidade a atenção que conseguir agregar estes aspectos nas circunstâncias concretas de cada demanda e que sejam capazes de superar o enfoque biologicista com que o modelo médico dominante aborda a saúde ainda nos dias atuais (Rodrigues, 2015).

No campo das políticas públicas de atenção à saúde da mulher esse debate ocupa um espaço privilegiado, principalmente quando se identifica na literatura científica poucas análises ampliadas sobre a questão de gênero e a saúde da mulher (Aquino, 2006). Esse cenário revela que os significados atribuídos à mulher nesse campo, ainda, possuem como marcador o sexo biológico e a saúde reprodutiva, ignorando que ser mulher é uma construção sociocognitiva que carece de novos modelos de intervenções e ressignificações discursivas/práticas (Mendonça, 1998; Rodrigues, 2015; Scavone, 2004).

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo uma delas o tamanho reduzido da amostra. Estudos futuros, com objetivos semelhantes, podem superar esta limitação ao utilizarem amostras maiores ou representativas da população de estudantes do ensino médio profissionalizante. Outra limitação diz respeito ao instrumento avaliar os esquemas de gênero somente em mulheres. Pesquisas futuras podem utilizar outros instrumentos que também avaliem os esquemas de gênero em homens e assim ampliem os dados obtidos neste estudo. Estudos futuros podem também se dedicar ao desenvolvimento de um instrumento específico para avaliação dos esquemas de gênero em adolescentes, uma vez que o utilizado neste estudo foi desenvolvido para adultos.

Como última limitação, não foram coletados dados sobre a orientação sexual (gays, lésbicas e bissexuais) e nem identidade de gênero (transexuais, travestis e transgênero) dos participantes da pesquisa. Uma das possibilidades de se ampliar o olhar sobre os esquemas de gênero seria comparar heterossexuais com outras populações (homossexuais, lésbicas, transexuais, transgêneros, entre outros) de modo a se identificar como os esquemas ocorrem para cada grupo em específico.

Considerações finais

O perfil de esquemas de gêneros prevalente para as adolescentes participantes desse estudo assumiu uma conotação de similaridade entre os aspectos masculinos e femininos, desconstruindo, assim, a expectativa da existência de padrões preestabelecidos de gênero mais direcionados à feminilidade ou masculinidade. São resultados importantes, pois a maioria dos estudos em esquema de gênero foca a população adulta. Essa abordagem é válida para a área da saúde na medida em que pode estimular reflexões acerca do modo como o cuidado pode ser planejado e oferecido à população de mulheres adolescentes, no sentido de se considerar que as necessidades de saúde desse público ultrapassam as questões do sexo biológico ou da saúde reprodutiva, possuindo determinantes sociocognitivos relacionados ao gênero.

Por se tratar de um aspecto que compreende aspectos individuais que se inter-relacionam com aspectos macrosociais e podem impactar nas condições, necessidades e no cuidado em saúde às adolescentes, pode constituir ponto de partida para se refletir a necessidade de propostas políticas e linhas de cuidado que contemplem a saúde integral como direito, a dignidade, o respeito à diversidade e a cidadania.

Referências

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). *Critério de classificação econômica*. Recuperado em: 10 novembro, 2017, disponível em: <<http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>>.
- Aquino, E. M. L. (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 121-132.
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Rodrigues, T. (2015). Being bullied and feeling ashamed: implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 44(1), 259-268.
- Giavoni, A. (2002). Estereótipos sexuais aplicados às nadadoras. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10(2), 27-32.
- Giavoni, A., & Tamayo, A. (2003). Inventário masculino dos esquemas de gênero do autoconceito (IMEGA). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 249-259.
- Giavoni, A., & Tamayo, A. (2005). Inventário Feminino dos Esquemas de Gênero do Autoconceito (IFEGA). *Estudos de Psicologia*, 10(1), 25-34.
- Gomes, S. A., Sotero, R. da C, Giavoni, A., & Melo, G. F. de. (2011). Avaliação da composição corporal e dos níveis de aptidão física de atletas de futsal classificados segundo a tipologia dos esquemas de gênero. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 17(3), 156-160.
- Kulik, L. (2006). Gender, gender identity, ethnicity, and stereotyping of children's chores: The Israeli case. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(1), 408-420.

- Melo, G. F., & Giavoni, A. (2010). O perfil psicológico de atletas baseado na teoria do individualismo e do coletivismo. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 3(1), 2-18.
- Melo, G. F. de, Giavoni, A., & Troccoli, B. T. (2004). Estereótipos de gênero aplicados a mulheres atletas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 251-256.
- Mendonça, L. (1998). Mulher e saúde: uma avaliação contemporânea. In A. Borba, N. Faria, T. Godinho (Orgs.), *Mulher e política: gênero e feminismo no partido dos trabalhadores* (pp.101-111). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Range, L. M., & Jenkins, S. R. (2010). Who benefits from Pennebaker's expressive writing paradigm? Research recommendations from three gender theories. *Sex Roles*, 63(1), 149-164.
- Rodrigues, T.F. (2015). Desigualdade de gênero e saúde: avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher. *Revista Cantareira*, 22(1), 203-216.
- Santos, V. J. dos Jr., & Bagrichevsky, M. (2011). Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4), 821, 2011.
- Scavone, L. (2004). *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP.
- Silva, M. A. I., Mello, F. C. M. de, Mello, D. F. de, Ferriani, M. G. C., Sampaio, J. M. C., & Oliveira, W. A. de. (2014). Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 619-627.
- Starr, C. R., & Zurbruggen, E.L. (2017). Sandra Bem's Gender Schema Theory after 34 years: A review of its reach and impact. *Sex Roles*, 76(9-10), 566-578.

Recebido em: agosto de 2018

Aceito em: fevereiro de 2019

Sérgio Cardoso Barcelos: Educador físico. Mestre em Educação Física. Docente do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET – Araxá).

Leonardo Santos Maia: Psicólogo. Mestrando em Promoção da Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN).

Wanderlei Abadio de Oliveira: Psicólogo. Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Pós-doutorando em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

Iara Falleiros Braga: Terapeuta Ocupacional. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Jorge Luís da Silva: Psicólogo. Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN).

Cléria Maria Lobo Bittar: Psicóloga. Doutora em Serviço Social. Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN)

Endereço para contato: jorge.silva@unifran.edu.br