

5 | RELAÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE: DESIGUALDADE OU DISCRIMINAÇÃO?

FINAL O QUE É O CONCEITO DE GÊNERO?

Na língua portuguesa a palavra 'gênero' apresenta inúmeros sentidos dependendo do campo do conhecimento em cujo discurso se insere. Entretanto, em termos gerais, gênero significa o conjunto de seres ou objetos que possuem mesma origem ou que se acham ligados pela similitude de uma ou mais particularidades. Em biologia, o termo se refere à categoria taxonômica que agrupa espécies relacionadas filogeneticamente, distinguíveis das outras por características marcantes que permitem assim a subdivisão das famílias. Na gramática, gênero se refere a classes de palavras que permitem estabelecer o contraste entre masculino e feminino, nem sempre referido a diferenças de sexo.

Na área de saúde o conceito de gênero retém algumas das características de sentido que a palavra tem tanto na biologia quanto na gramática. Assim, ele é utilizado para marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, mas, principalmente, para enfatizar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Definitivamente, gênero não é sinônimo de sexo. Em biologia, e também na área médica, sexo é um marcador de diferenças

biológicas entre indivíduos da espécie humana, relacionadas com aspectos anatómicos e fisiológicos do aparelho reprodutivo e eventualmente com características genéticas vinculadas aos cromossomos *x* ou *y*. Entretanto, é muito comum atualmente os textos publicados em periódicos científicos utilizarem gênero como substituto para sexo mesmo em situações nas quais o termo correto seria sexo, pois se está fazendo referência a características biológicas de homens e mulheres. Nestes tempos do 'politicamente correto' parece que os médicos e pesquisadores em geral passaram a considerar de 'bom tom' não utilizar a palavra sexo.

Segundo a epidemiologista Nancy Krieger, o termo gênero foi introduzido nas pesquisas em saúde para ajudar a clarear o pensamento em face do ressurgimento do movimento feminista em meados no século XX. Uma das preocupações do movimento foi debater as diferenças observadas na inserção e nos papéis sociais de homens e mulheres nas sociedades capitalistas do Ocidente. Dentre os aspectos e as desigualdades enfocadas estavam, desde o início, as desigualdades em saúde. O centro do debate feminista nesta questão estava na indagação sobre os motivos ou as explicações para essa diferença: elas eram todas derivadas de diferenças inatas ligadas ao sexo ou poderiam ser atribuídas a convenções culturais construídas socialmente no processo de educação e aculturação dos homens e das mulheres, que acabavam por moldar não apenas as características masculinas e femininas, mas também determinavam os padrões de relação estabelecidos entre homens e mulheres? Para diferenciar este último aspecto foi proposto o conceito de gênero.

Como afirma Krieger, todos nós somos sexo e gênero, isto é, temos um sexo, biologicamente determinado, que influencia

algumas das nossas condições de saúde, mas também somos gênero, isto é, produto do processo sociocultural que molda na sociedade os papéis femininos e masculinos e define as pautas de relação entre homens e mulheres. Há, assim, uma relação de mútua determinação entre sexo e gênero no qual este último adquire a maior hierarquia na produção dos estados de saúde. Portanto, as desigualdades em saúde observadas entre homens e mulheres devem ser analisadas a partir dessa dupla determinação: as relações de gênero e as peculiaridades do sexo biológico.

A confusão entre os termos sexo e gênero presente em parte da pesquisa epidemiológica e de saúde em geral é sinal de um grave erro conceitual. Além do problema já assinalado de utilizar gênero como sinônimo de sexo, outro aspecto desse uso inadequado é a utilização do conceito para denotar exclusivamente problemas relacionados com as mulheres, especialmente aqueles ligados à saúde reprodutiva.

Embora na pesquisa epidemiológica clássica, a variável sexo já fosse vista como indicadora de diferentes padrões de exposição relacionados aos comportamentos específicos de homens e mulheres e às distintas situações de vida de uns e outros, a complexidade e as múltiplas facetas das relações de gênero não estavam presentes. Esta ausência se faz sentir principalmente no âmbito das explicações teóricas para as diferenças encontradas, quando se analisa qualquer evento de saúde segundo o sexo dos indivíduos.

A variável sexo, entretanto, não dá conta das questões de gênero, pois um dos aspectos mais salientes dessas relações é a assimetria de poder que se estabelece entre homens e mulheres na maioria das sociedades e praticamente em todos os âmbitos da vida social. Por isso, a abordagem de gênero em seus aspectos

mais complexos está presente principalmente em pesquisas com abordagens qualitativas. Porém, as diferenças observadas na distribuição do estado de saúde, das doenças e outros agravos à saúde e as desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde podem indiretamente apontar as consequências dessas relações assimétricas de poder, permitindo o desvelamento das questões de gênero ainda que a variável de classificação utilizada seja sexo.

RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E OUTRAS CATEGORIAS NO ESTUDO DAS DESIGUALDADES

Um aspecto muito discutido desde o surgimento do enfoque de gênero é a relação entre esta categoria de análise para a compreensão de problemas de saúde e sua distribuição social e categorias tradicionais, tais como classe social ou renda, escolaridade e ocupação, como variáveis de estratificação social.

A segunda metade do século XX assistiu à emergência de movimentos sociais diversos, centrados principalmente na defesa de interesses específicos de determinados grupos sociais definidos com base em questões de identidade cultural, diferentemente dos movimentos sociais anteriores, fortemente marcados por questões de classe, ou seja, vinculadas à posição dos sujeitos na estrutura produtiva. É nesse novo contexto que o movimento feminista ressurge e dele emerge a questão de gênero.

Parte da militância desses movimentos vai considerar que as determinações de gênero são mais importantes do que aquelas decorrentes da posição dos indivíduos na estrutura social, conferindo às relações de gênero o maior grau de determinação nos processos de saúde-doença e em outros processos sociais.

O principal argumento dessa corrente é que ao nascer o indivíduo já passa a ter toda sua existência determinada pelas relações de gênero e, portanto, elas serão as mais importantes na hierarquia de determinações e mediações que acabam por moldar o perfil epidemiológico. Outros, entretanto, dão maior peso aos determinantes de inserção social dos indivíduos, vale dizer, à classe social, tendo nas relações de gênero um dos mediadores importantes da relação entre a posição social e o perfil epidemiológico dos grupos sociais.

Na realidade é muito difícil desembarçar as diferentes dimensões de determinação e mediação presentes nos processos sociais. As relações sociais que se expressam na divisão sexual do trabalho, a divisão sexual do poder na sociedade, assim como a própria construção social do feminino e do masculino são diversas modalidades de manifestação da organização social e do papel dos homens e das mulheres nessa organização, seja na dimensão predominantemente econômica, seja nas dimensões sociais, culturais ou políticas propriamente ditas.

As relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens. A idealização do papel do trabalho remunerado, como elemento de fortalecimento da identidade e da liberdade feminina, desaparece face à constatação da pouca ou nenhuma qualificação da maioria dos postos de trabalho ocupados pelas mulheres, dos salários inferiores para as mesmas funções e da dupla jornada, representada pelo trabalho doméstico ou pelas tarefas de cuidado destinado a membros da família das quais invariavelmente são as mulheres que se ocupam.

Ignorar a importância da estrutura social em todos os seus aspectos acarreta o enfraquecimento do poder explicativo da categoria gênero e impede a compreensão de diferentes fenômenos, nos quais cada um dos múltiplos aspectos das relações de gênero pode assumir proeminência temporária. Por exemplo, o fenômeno da violência doméstica contra as mulheres não pode ser entendido em toda sua extensão com base apenas na perspectiva de classe social, uma vez que ele extrapola amplamente as divisões de classe. Entretanto, as formas de manifestação dessa violência podem estar fortemente marcadas por aspectos relativos às classes sociais.

Portanto, não há como estabelecer de maneira unívoca e permanente uma hierarquia rígida entre as diferentes categorias de determinação do processo saúde-doença. Em cada tipo de problema analisado, haverá a necessidade de elaborar modelos explicativos específicos nos quais a categoria gênero pode tanto ocupar a posição de determinação, quanto a posição de mediação entre diferentes aspectos da organização social.

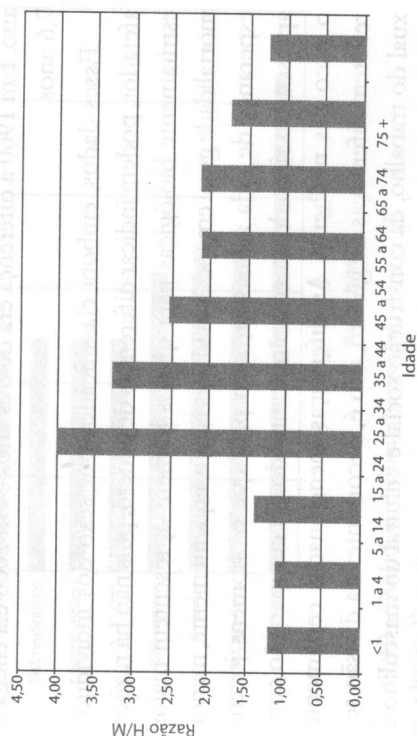
Do mesmo modo que se compreende raça como construto social, é possível pensar nas questões de gênero como construções sociais baseadas nas diferenças de sexo, mas cujo alcance ultrapassa largamente os aspectos exclusivamente biológicos.

GÊNERO E ESTADO DE SAÚDE

Para a maioria das populações, a mortalidade é maior entre os homens em todas as faixas etárias a partir do nascimento. Apenas em culturas que praticam o infanticídio feminino, ou em sociedades onde a assistência à gestação e ao parto é muito precária, a mortalidade pode ser maior entre as mulheres em certos

grupos etários. Este fato é geralmente atribuído à diferença na exposição a fatores e situações de risco ao longo da vida, que costuma ser maior entre os homens, seja na exposição a situações insalubres de trabalho, seja em relação a comportamentos nocivos para a saúde, tais como o consumo exagerado de álcool, cigarros e outras drogas, e a exposição mais frequente a situações de risco para acidentes e violências (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Razão de mortalidade geral por sexo e idade. São Paulo – 2005



Fonte: Datasus.

O Gráfico 1 mostra que para todas as idades a mortalidade geral foi maior para os homens do que para as mulheres no estado de São Paulo, em 2005. Para os menores de cinco anos a diferença é pequena e a razão é ligeiramente maior do que 1. A partir dos cinco anos a diferença começa a se acentuar, atingindo valor máximo no grupo de 15 a 24 anos, em que a razão chega a 4. A partir dos 25 anos a diferença torna-se progressivamente menor, porém mantendo-se sempre acima de 1.

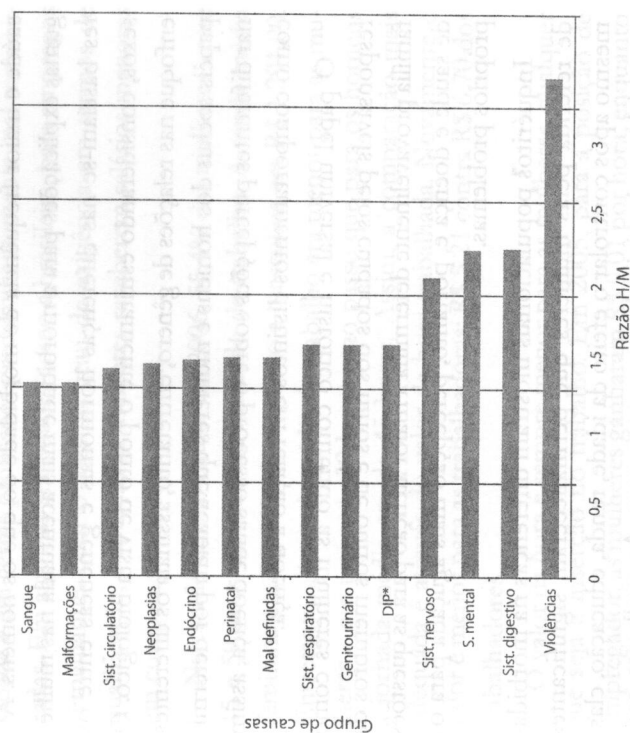
O excesso de mortalidade masculina entre jovens e adultos jovens reflete o impacto não só das mortes violentas, mais frequentes nessas faixas etárias e entre os homens, mas também dos óbitos por Aids.

Com a maior mortalidade masculina em todas as idades, a esperança de vida das mulheres cresce mais aceleradamente do que a esperança de vida dos homens. No Brasil, entre 1960 e 2006 a esperança de vida foi maior para as mulheres, e a diferença entre as curvas masculina e feminina tende a aumentar a cada ano. Em 1960 a diferença era de três anos e em 2006 ela chega a 7,6 anos.

Esses dados, embora classificados por sexo dos indivíduos afetados, podem indicar diferenças de gênero, pois não há razões estritamente biológicas para que os homens apresentem maior mortalidade geral em todas as idades e, consequentemente, menor esperança de vida ao nascer, nem para que os homens jovens apresentem risco de morrer tão acentuado em comparação com o risco das mulheres. As diferenças mencionadas certamente refletem diferenças de gênero, isto é, decorrentes da divisão sexual do trabalho, da construção social e cultural do masculino e do feminino em nossa sociedade, bem como dos distintos modos de vida determinados pela inserção social dos indivíduos, mas modulados pela posição e pelas relações de gênero.

O excesso de mortalidade masculino também se manifesta em relação aos grupos de causas, conforme pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Razão de mortalidade hospitalar segundo sexo. São Paulo – 2007



* DIP – Doença infecciosa e parasitária
Fonte: Datasus.

Para todos os grupos há um excesso de mortes masculinas, entretanto, a diferença é muito pequena para os óbitos por malformações congênitas e problemas do sangue e dos órgãos hematopoiéticos. O excesso é significativo para doenças do sistema nervoso, problemas mentais e sistema digestivo. A maior diferença é observada para as mortes violentas. Novamente não existem razões biológicas capazes de explicar essas constatações.

Paradoxalmente, as mulheres, em praticamente todas as populações estudadas, referem pior avaliação do próprio estado de saúde e maior frequência de morbidade do que os homens. Algumas explicações para a morbidade mais acentuada nas mulheres baseiam-se nas diferenças hormonais e genéticas entre os sexos, considerando estritamente o ponto de vista biológico. O enfoque nas relações de gênero, entretanto, assinala os diferentes papéis sociais dos homens e mulheres que acabam por determinar diferentes percepções sobre o processo saúde doença, assim como comportamentos distintos em relação à doença.

O papel universal e histórico conferido às mulheres como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família provavelmente determina a maior atenção para as questões de saúde e doença e, portanto, percepção mais aguçada para os próprios problemas.

Inquéritos populacionais mostram diferenças na morbidade referida pelas mulheres que permaneceram significantes mesmo após controlar o efeito da idade, renda, educação, classe social, estado civil, desemprego e raça. As mulheres com maior frequência referiram sintomas em geral, sintomas graves, problemas crônicos, estado de saúde regular ou ruim, distúrbios psiquiátricos maiores e presença de três ou mais sintomas simultaneamente. A constatação da maior morbidade entre as mulheres, mesmo após a anulação do efeito da idade e de variáveis socioeconômicas, sugere, assim, o efeito independente da condição de gênero sobre o estado de saúde.

Certamente, parte do excesso de morbidade apresentado pelas mulheres pode estar relacionado com as características do trabalho feminino, uma vez que as condições de trabalho são

determinantes muito relevantes do estado de saúde. O trabalho feminino geralmente está concentrado em certos setores de atividade e em certas profissões predominantemente mal remuneradas. Em algumas sociedades como a brasileira, para empregos semelhantes com o mesmo grau de exigência em termos de qualificação, é comum as mulheres receberem salários menores em comparação com os homens.

No estado de São Paulo, em 2006, 55,4% das mulheres entre 15 e 59 anos estavam no mercado de trabalho. A renda média feminina era R\$ 869,00, enquanto a masculina era R\$ 1.291,00. Entretanto, a jornada média de trabalho era menor para as mulheres – em torno de 39 horas – ao passo que para os homens a jornada média era de 45 horas. Assim, a comparação mais adequada é através do valor da hora trabalhada. Novamente o valor é menor para as trabalhadoras: R\$ 5,21 contra R\$ 6,70 dos trabalhadores.

O valor da hora é sempre menor para as mulheres, qualquer que seja a inserção no trabalho. Em 2005, para a posição de empregador, as mulheres ganharam R\$ 9,01 por hora, enquanto os homens ganharam R\$ 13,14. Entre os trabalhadores autônomos, a diferença foi de R\$ 3,94 a hora feminina para R\$ 5,77 a hora masculina. O trabalho assalariado no setor privado remunerou a hora feminina em R\$ 5,24 e a masculina em R\$ 6,10. Finalmente, o trabalho assalariado no setor público pagou R\$ 9,52 a hora de trabalho das mulheres e R\$ 11,09 a dos homens. No caso do setor público, em função das características do emprego, em que para mesma função a remuneração é obrigatoriamente a mesma, a diferença na remuneração média só pode ser atribuída ao fato das mulheres ocuparem predominantemente postos pior remunerados.

O censo britânico de 2001 também mostrou maior proporção de percepção de saúde regular ou ruim entre as mulheres nas diferentes condições de classe ocupacional. As condições no estado de saúde são piores para mulheres em praticamente todas as classes, exceto para as ocupações intermediárias na hierarquia gerencial, pequenos empregadores e autônomos com negócio e ocupações semiquantificadas. Nas demais, o estado de saúde referido foi pior entre as mulheres. A diferença na proporção de indivíduos com saúde regular ou ruim, entre os extremos do espectro de posições na ocupação, foi mais acentuada entre os homens, com razão de prevalências de 2,7 vezes entre os trabalhadores em ocupações não qualificadas e os profissionais e altos executivos. Para as mulheres essa diferença foi de 2,2 vezes, principalmente pelo excesso de risco apresentado pelas profissionais e ocupantes de postos executivos de alta hierarquia, sugerindo maior pressão sobre as mulheres em posições de status social mais elevado.

Os empregos femininos, além dos salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários, movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. Eventualmente as trabalhadoras ainda estão sujeitas a assédio psicológico ou sexual, agravando as condições de precariedade e desgaste.

As condições muitas vezes nocivas no trabalho remunerado acrescem-se às demandas do trabalho doméstico não pago. Karen Giffin chama a atenção para o fato de que para grande parte das mulheres a dupla jornada, representada pela somatória entre trabalho doméstico e trabalho remunerado desqualificado e mal

pago, acaba por anular os potenciais benefícios que eventualmente o trabalho fora das atividades domésticas poderia representar.

Distúrbios psiquiátricos menores estão associados com a dupla jornada das mulheres pobres e também com jornadas de trabalho de mais de dez horas diárias. A maioria delas tinha o trabalho doméstico fora de casa como ocupação principal. A associação entre ter dupla jornada, ser casada e ter filhos em idade pré-escolar dobrou o risco de apresentarem sintomas psiquiátricos. Esta relação desaparece para mulheres sem a dupla jornada. Os dados reforçam a hipótese de que o trabalho remunerado pode representar uma sobrecarga para a saúde das mulheres quando a qualidade do emprego é baixa e se associa com o trabalho doméstico para a própria família.

Há maior risco para transtornos mentais comuns em mulheres desempregadas ou trabalhadoras do setor informal, donas de casa ou inativas, em comparação a mulheres empregadas no setor formal. Entre os homens, a prevalência também é maior para os desempregados e inativos, mas não há diferença entre trabalho formal e informal. Comparando a prevalência de transtornos mentais entre homens e mulheres, com a mesma posição no mercado de trabalho, observa-se prevalência sempre maior para as mulheres.

A inserção da mulher no mercado formal desempenhou papel protetor em relação à saúde mental, entretanto, comparativamente com os homens inseridos no mercado formal ou informal, a situação de saúde mental das mulheres se mostrou pior, refletindo provavelmente o efeito da dupla jornada de trabalho.

Como para a maioria dos processos sociais, a inserção feminina no mundo do trabalho é contraditória. Por um lado, pode representar a oportunidade de construção da autoestima,

independência financeira, confiança na capacidade decisória e de liderança, rede de suporte social extrafamiliar, realização profissional, maior poder nas relações de gênero; por outro, pode significar exposição a situações de desgaste biopsíquico e acúmulo de desvantagens. Esse jogo contraditório entre aspectos positivos e negativos para a saúde acaba por definir e modelar o perfil epidemiológico no qual as mulheres geralmente apresentam maior frequência de doenças e agravos à saúde e menor mortalidade, em comparação com os homens.

As desigualdades na autopercepção do estado de saúde indicam que as mulheres tendem a considerar sua saúde pior em comparação com a percepção que os homens têm de sua própria saúde. Os dados empíricos reforçam o conceito de gênero com construto social que determina como homens e mulheres experimentam os eventos vitais de modo particular.

Inquérito realizado em amostra representativa da população brasileira, exceto para a população rural da região Norte do país, mostrou diferença significativa na autopercepção do estado de saúde entre homens e mulheres. As mulheres apresentam maior proporção de saúde regular ou ruim, em todos os grupos de idade, estratos de renda e níveis de escolaridade.

As diferenças entre o estado de saúde de homens e mulheres se tornam ainda mais acentuadas após o ajuste por variáveis socioeconômicas, como escolaridade e renda, sugerindo que os determinantes estruturais não são capazes de explicar a variação encontrada. Do mesmo modo, a cor da pele e a idade não modificam essa relação.

As quatro variáveis mencionadas explicam pouco mais de 10% da desigualdade observada no estado de saúde entre homens

e mulheres. Portanto, outros aspectos, além das condições diretamente materiais e biológicas (expressas pela idade), interferem na determinação do estado de saúde de homens e mulheres, sendo necessário recorrer a outras dimensões da vida social para compreender as desigualdades de gênero.

Um problema de saúde com importância crescente e no qual a determinação das relações de gênero ocupa uma posição central é a violência. Por um lado, a violência urbana afeta de maneira desproporcional os homens; por outro, a violência doméstica afeta desproporcionalmente as mulheres. Além de vários determinantes socioeconômicos, políticos e culturais, as relações de gênero desempenham papel fundamental na produção desses agravos à saúde.

As mortes e traumatismos decorrentes da violência vêm aumentando de maneira alarmante a partir da década de 1980, convertendo-se em problema de saúde pública, seja por sua magnitude e transcendência social, seja pelo volume de gastos que o atendimento das vítimas representa para o setor saúde. A mortalidade por homicídios representa uma das facetas do crescimento da violência urbana, ocupando lugar de destaque entre as causas básicas de óbito, principalmente entre adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, em muitos países da América, constituindo, ao lado dos acidentes de trânsito, os principais motivos das mortes por causas externas.

Na cidade de São Paulo, no período de 1996 a 2005, a taxa de mortalidade por homicídio para homens apresentou valores extremamente altos até 2003, quando então começou a declinar. Em 1999 a taxa atingiu seu valor mais alto: 129,07 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2005 foi registrado o valor mais baixo: 49,85

óbitos por 100 mil habitantes. Para as mulheres, no mesmo período, as taxas foram em média 14 vezes menores. O valor mais alto também foi registrado em 1999, chegando a 9,20 óbitos por 100 mil habitantes, e o valor mais baixo em 2005 foi de 3,95 óbitos por 100 mil. Durante esse período, a razão de mortalidade por homicídios variou entre 12,62 em 2005 e 15,66 em 2001.

Estudo que realizamos em amostra de homicídios ocorridos em 1998 mostrou que a razão entre os óbitos por homicídio de homens e mulheres varia segundo os estratos socioeconômicos das áreas de residência das vítimas. No estrato de melhores condições de vida, a relação observada foi de cinco óbitos masculinos para cada óbito feminino, enquanto no estrato de piores condições de vida a relação foi de 32 óbitos masculinos para cada óbito feminino.

Estas marcadas diferenças no risco para homens e mulheres não podem ser explicadas exclusivamente pelos processos macro-sociais. Os fenômenos sociais e econômicos, que estão na gênese do crescimento da violência urbana e que se traduzem no aumento sem precedentes dos óbitos por homicídio, são mediados pelas relações de gênero, determinando riscos bastante diferenciados para homens e mulheres nas mesmas condições sociais.

Para as camadas da população vivendo em condições de exclusão social, os comportamentos violentos aparecem muitas vezes como reafirmadores de identidade. A frustração das expectativas, associada ao desemprego crônico e à falta de participação na vida social, acaba por produzir sentimentos de marginalização e diminuição da autoestima, potencializados pela vivência da extrema situação de desigualdade, concorrendo para maior exposição e vitimização dos moradores das áreas periféricas mais pobres.

Nessas áreas os homicídios ocorrem majoritariamente no espaço público, geralmente na rua ou em bares ou salões de baile, e estão relacionados com brigas e desavenças e também com o tráfico de drogas. O consumo de álcool e outras drogas ilegais estão frequentemente associados com essas mortes, sendo comum que a vítima e o agressor estejam sob o efeito do álcool ou de outras drogas quando o homicídio é praticado.

No estrato mais pobre predominam, como circunstâncias em que os homicídios são cometidos, as brigas entre conhecidos ou amigos e em boa parte dos casos são utilizadas armas brancas. Nos três estratos intermediários no espectro socioeconômico são mais frequentes as execuções relacionadas com o tráfico de drogas na cobrança de dívidas, disputa por pontos de vendas e diversas situações relacionadas com vingança. Na quase totalidade dos casos, os homicídios foram cometidos com armas de fogo e as pessoas foram alvejadas na cabeça, havendo pouca ou nenhuma chance de sobrevivência.

Nas camadas da população vivendo em melhores condições de vida, os homicídios estão mais relacionados a situações de assaltos seguidos de homicídio ou a crimes passionais. Parte significativa dos casos ocorre no domicílio da vítima, explicando assim o aumento proporcional do risco para as mulheres.

Os homens se tornam vítimas de homicídio mais frequentemente do que as mulheres, tanto por apresentarem maior exposição a situações de risco, quanto pelo maior consumo de álcool e drogas ilícitas. Mas provavelmente há outros aspectos mais diretamente relacionados à construção do papel masculino na sociedade que acabam por favorecer a maior exposição dos homens.

Do mesmo modo a vitimização das mulheres é mediada pela construção do papel feminino na sociedade. Exemplar desse tipo de situação é o homicídio praticado pelo companheiro, seja como vingança por abandono ou traição amorosa, seja como decorrência de situações de crescente violência na relação de casal.

Alguns estudos realizados no âmbito da psicologia social têm demonstrado que homens e mulheres apresentam diferentes atitudes em relação à igualdade nas relações de gênero e que estas atitudes podem influenciar a qualidade da relação entre casais. As mulheres tendem a endossar atitudes mais igualitárias nas relações de gênero, independentemente de terem ou não sido vítimas de agressões físicas ou psicológicas. Nos homens a ideologia do papel de gênero parece estar mais vinculada às próprias experiências. Homens que não foram vítimas de agressões tendem a aprovar atitudes mais igualitárias do que aqueles que foram vitimizadas em algum momento da vida.

No Brasil, em dois inquéritos nacionais representativos da população urbana, os pesquisadores encontraram alta prevalência de violência sexual praticada por companheiro ou companheira (8,6%). O risco para as mulheres foi duas vezes maior do que para os homens. A prevalência foi extremamente alta para indivíduos de ambos os sexos, com prática homo ou bissexual, correspondendo ao dobro da observada entre as mulheres heterossexuais e cinco vezes maior do que para os homens heterossexuais.

Os dados revelam que, além das relações de gênero, a preferência sexual dos indivíduos também atua como mediadora nas questões de violência doméstica por parceiro íntimo. A prevalência de violência sexual foi maior nos indivíduos mais velhos,

com menor renda e menor grau de escolaridade, mostrando assim a influência da posição social nesse tipo de violência.

AS QUESTÕES DE GÊNERO E O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde apresenta um conjunto de determinantes, dentre os quais a necessidade de saúde ou a existência de um problema de saúde é aquele que impulsiona o indivíduo a buscá-los. Há uma série de fatores predisponentes que alteram a percepção das necessidades de saúde e, portanto, desempenham papel decisivo na concretização da demanda por serviços. Estes fatores incluem a idade, o gênero, a etnia e a condição socioeconômica. A partir da demanda, a utilização dos serviços irá se realizar na dependência da disponibilidade de serviços e recursos humanos, da facilidade de acesso, das formas de financiamento e remuneração aos prestadores.

A utilização de consulta médica, em todos os estratos de renda familiar, apresenta maior frequência entre as mulheres, tanto para os indivíduos com bom estado de saúde, quanto para aqueles com saúde regular ou ruim, segundo os dados das pesquisas nacionais por amostra de domicílios.

O uso de consulta médica aumenta proporcionalmente com a renda familiar, tanto para homens quanto para mulheres, havendo redução progressiva da desigualdade relativa entre eles à medida que se vai da faixa de menor para a de maior renda e com o aumento da idade. A maior desigualdade por gênero é observada entre os jovens com bom estado de saúde e com renda familiar de até dois salários mínimos. Observa-se maior desigualdade de gênero entre as pessoas com bom estado de saúde, em

todos os grupos de idade, sugerindo utilização diferencial de consultas preventivas segundo gênero. Entre as pessoas com estado de saúde regular ou ruim, as desigualdades entre gêneros são menores, tendendo a desaparecer para os grupos com maior renda. Este comportamento sugere que, em face da necessidade sentida, essas diferenças tendem a exercer menor influência no comportamento de busca por serviços de saúde.

A taxa de utilização de consultas médicas no último ano também aumentou com a idade e com o nível de escolaridade, tanto para homens quanto para mulheres. As desigualdades entre homem e mulheres quanto a este dado apresentam-se mais altas entre os mais jovens e entre aqueles com menor escolaridade e bom estado de saúde. Para as pessoas com condições de saúde regulares ou ruins, as desigualdades não se alteram em função dos níveis de escolaridade, reproduzindo os achados relativos aos níveis de renda.

Para o estado de saúde, a desigualdade indica desvantagem relativa das mulheres que sempre apresentam pior estado de saúde autorreferido, enquanto para a utilização de serviços de saúde a desigualdade se mostra favorável às mulheres que sempre referem maior consumo, em consonância com a auto-percepção do estado de saúde.

A desigualdade de gênero na prevalência de estado de saúde regular ou ruim foi observada também para a presença de doença crônica, restrição de atividades e procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias, nesta mesma população.

Dados do inquérito nacional de saúde do Canadá mostram que parcela maior das variações no estado de saúde dos homens e mulheres é explicada por determinantes estruturais (19,23% e

19,47% respectivamente) mais do que por determinantes comportamentais (14,95% e 10,92% respectivamente), reforçando a concepção de gênero como uma construção social. Homens e mulheres têm suas experiências de vida diversificadas em um mesmo contexto, conforme indicado pela diferença entre determinantes estruturais bem menor do que a diferença entre os determinantes comportamentais, ainda que os primeiros sejam preditores mais importantes do estado de saúde.

Homens e mulheres diferenciam-se marcadamente nos papéis sociais dentro da família e na sociedade em geral. Diferentes sociedades também podem produzir diferentes graus de desigualdade entre homens e mulheres.

Tendo em vista que as necessidades de saúde constituem o principal determinante do uso de serviços de saúde, e que a avaliação do estado de saúde das mulheres tende a ser pior do que a dos homens, a frequência maior de utilização de consultas médicas pelas mulheres poderia ser explicada apenas por esta maior necessidade percebida. Entretanto, a diferença nas taxas de utilização de consultas entre homens e mulheres é mais acentuada para as pessoas com bom estado de saúde do que para aquelas com saúde regular ou ruim.

O número médio de consultas/ano também é maior para as mulheres, e elas utilizam proporcionalmente mais consultas para prevenção ou exames de rotina e menos consultas por motivo de doença do que os homens. O consumo de consultas médicas mostra padrão inverso à necessidade de saúde nos diferentes estratos socioeconômicos, e parte dessa utilização diferencial é decorrente do maior uso de consultas preventivas pelos estratos sociais privilegiados, denotando maior preocupação com a saúde,

incorporação da ideia de risco não como fatalidade, mas como uma possibilidade de ocorrência evitável através de intervenções preventivas.

Para as internações hospitalares o sistema de saúde parece propiciar maior equidade, visto que as taxas de utilização têm distribuição coerente com a do estado de saúde, sugerindo que o maior determinante da utilização é a necessidade de saúde.

As desigualdades de gênero no estado de saúde e na utilização de serviços resultam da ação complexa de diversos determinantes que incluem desde a dimensão biológica, com a carga de problemas relacionados à função reprodutiva, até a dimensão política relacionada à divisão do poder na sociedade.

Gênero, como construção social, consiste em um sistema multinível, incluindo arranjos econômicos e políticos e crenças culturais na dimensão macrosocial, padrões de comportamento na dimensão intermediária e aspectos ligados à identidade individual na dimensão microsocial. Esta estrutura multidimensional se traduz para os indivíduos em identidades de homens e mulheres que estão engajados em papéis familiares e sociais diversos.

A equidade de gênero não implica a igualdade entre homens e mulheres, seja no estado de saúde, seja no consumo de serviços de saúde, mas o atendimento equitativo das necessidades de homens e mulheres. Para a população brasileira não parece haver discriminação dos serviços de saúde quanto ao gênero, visto que a maior utilização pelas mulheres parece acompanhar o estado de saúde e a maior atenção que elas costumam dar à sua saúde. Entretanto, caberia investigar até que ponto a existência de políticas de saúde voltadas principalmente para a saúde reprodutiva das mulheres pode estar influenciando essa maior utilização.

A abordagem coletiva ou populacional do processo saúde-doença na perspectiva da epidemiologia social implica fazer algumas perguntas básicas sobre como são produzidas as doenças na população, que forças determinam sua distribuição, por que alguns indivíduos adoecem e outros não, e quais são as maneiras pelas quais as políticas públicas podem interferir nesses processos.

Para compreender o processo de determinação das doenças e ter elementos para a intervenção através de políticas públicas desenhadas para alcançar a modificação das condições de produção e de distribuição dos problemas de saúde, é necessário inicialmente tratar dos modelos de causalidade em uso pela epidemiologia.

Na abordagem convencional dos modelos multicausais, cada variável ou fator de risco é analisado inicialmente em sua associação com o desfecho de interesse, ou seja, com a doença ou problema de saúde em estudo. Na pesquisa anteriormente citada da associação entre idade materna, hábito de fumar das mães e classe social como fatores de risco para baixo peso ao nascer, a abordagem multicausal – que não foi a adotada pelos autores, mas que podemos utilizar apenas a título de exemplificação – indicaria ao final dos ajustes a importância de cada uma dessas variáveis (Tabela 7).