

**As expressões das desigualdades de gênero na saúde****Expressions of gender inequalities in health**

DOI:10.34117/bjdv6n3-163

Recebimento dos originais: 30/01/2020

Aceitação para publicação: 12/03/2020

**Sara Alves Henriques**

Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Instituição: Universidade Federal do Piauí.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Ininga, Teresina – PI.

E-mail: saraalvesh@gmail.com

**Lucia Cristina dos Santos Rosa**

Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Pós Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp (2012). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001).

Instituição: Universidade Federal do Piauí.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Ininga, Teresina – PI.

E-mail: luciacsrosa@gmail.com

**RESUMO**

Este texto tem como objetivo realizar uma revisão de literatura a partir das expressões das desigualdades em saúde, considerando que essas estão diretamente relacionadas aos marcadores de classe social, etnia e ênfase no gênero, o tripé dos principais marcadores de identidade e diferenciais de acesso aos serviços de saúde. O resultado sinaliza que apesar de alguns avanços ainda são recorrentes as desigualdades relacionadas à saúde da mulher.

**Palavras-chave:** Gênero; Desigualdade Social; Saúde.

**ABSTRACT**

This text aims to realize a literature review of statbased on expressions of health inequalities, seeing that are directly related to markers of social class, ethnicity and gender emphasis, the tripod of the main markers of identity, and differential access to services of health. The result points to the recurrent visibility of the inequalities related to the health of women.

**Keywords:** Gender; Social Inequality; Health

## 1 INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais são intrínsecas ao modo de produção que domina grande parte das sociedades humanas: o capitalismo. Como consequência, a humanidade distribuída em diferentes locais geográficos e com características demográficas diferentes apresenta especificações relacionadas aos modos de vida de alguns indivíduos, principalmente se analisarmos categorias como classe social, etnia e gênero.

O gênero enquanto desigualdade social em saúde é um dos recortes relacionados às desigualdades sociais. Conforme Barreto (2017), algumas clivagens sociais se transformam em diferenças, como, por exemplo, entre homens e mulheres, e assim se transformam em desigualdades, principalmente tendo em vista que relações de poder, acesso e posse aos bens, serviços e riquezas são desigualmente distribuídos. Frequentemente essas desigualdades se deslocam para o campo de saúde, se revelando nos níveis de risco à saúde e no acesso ao sistema e aos serviços de saúde.

Consoante Siqueira (2014), para compreendermos sobre desigualdades em saúde devem ser consideradas as características específicas das categorias gênero, raça, classe social/status socioeconômico, desvendando as associações entre essas categorias e a produção dos arquétipos de saúde e doença.

## 2 DESIGUALDADES SOCIAIS

As condições de saúde de uma população estão diretamente relacionadas ao contexto social e ambiental em que vivem. “A pobreza, precárias condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, condições de trabalho insalubres são fatores que afetam negativamente as condições de saúde de uma população (BARRETO, 2017, p. 2100).” Considerando as poucas exceções, a ocorrência de doenças e problemas de saúde tende a se agravar entre os grupos sociais que vivem em situações socialmente desfavoráveis, “ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação (p. 2100).”

Barreto (2017) pontua que o *Black Report* é um marco no que se refere às desigualdades em saúde. Douglas Black, então presidente do Colégio Real de Médicos foi encarregado de analisar a existência de desigualdades em saúde, visto que o sistema nacional de saúde havia sido criado e se baseava nos princípios de equidade e acessibilidade universal, todavia, ele identificou que ocorreram melhoras nas condições de saúde da população britânica mas as diferenças nos níveis de saúde entre as classes sociais persistiram e em alguns casos se

ampliaram, assim como permaneceram as desigualdades relacionadas à disponibilidade e serviços de saúde.

“As desigualdades sociais que nos interessam são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho (BARATA, 2009, p. 11).” Assim, estamos nos referindo a situações trazem algum grau de injustiça, visto que estão relacionadas a características sociais que deixam alguns grupos em desvantagem no tocante à oportunidade de se manter sadio.

“Desigualdades referem-se aquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde) (BARRETO, 2017, p. 2101)”

Com a criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) o tema ganha grande relevância. A comissão condensou suas recomendações em três pontos principais: melhorar as condições de vida do dia a dia; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos e medir a magnitude do problema e avaliar o impacto das ações (BARRETO, 2017).

Barata (2009) aponta que as explicações mais frequentes sobre desigualdades sociais em saúde se fundamentam no acesso a serviços de saúde; de que o estilo de vida é o principal responsável pelas desigualdades sociais; ou de que fatores genéticos são capazes de explicá-las. Desse modo, deve-se buscar explicações de teorias que além da compreensão da distribuição da doença permitam o entendimento sobre seu processo de produção em contextos sociais distintos.

As desigualdades sociais em saúde são explicadas por quatro principais teorias: a estruturalista, que propõe que os determinantes sociais geradores das desigualdades em saúde são desenhados a partir da superestrutura da sociedade: política, organização produtiva, ou seja, foca na estrutura econômica; A psicossocial, onde a desvantagem social provoca doenças, considerando a posição dos indivíduos na hierarquia social; A determinação social, que enxerga o problema a partir da inclusão ou exclusão social; e, por fim, a ecossocial, que não separa o biológico, social e psíquico (BARATA, 2009; BARRETO, 2017).

**3 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

Por muito tempo a saúde foi entendida como ausência de doenças físicas ou mentais, contudo, a Organização Mundial de Saúde – OMS (1946) redefiniu esse conceito entendendo a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. A promulgação da Constituição Federal de 1988 ampliou a definição da saúde, pois, agora passa a ser considerada como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988) portanto, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

O artigo 3º da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 considera que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, assim, a saúde tem como “determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Conforme Barreto (2017) os serviços saúde são de suma importância na cura e reabilitação de doenças, e também na prevenção, como, por exemplo o uso de vacinas, todavia, não dispõe de recursos suficientes para atuar sobre os determinantes sociais e ambientais que estão inerentes aos problemas de saúde.

O Sistema Único de Saúde tem como princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Siqueira (2014) considera que com os princípios citados supra, o SUS passa a ser pautado na redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde existentes entre as classes sociais, assim como na redução das diferenças regionais, portanto, o sistema de saúde deve atender às necessidades individuais, oportunizando o acesso para todos. Entretanto, a autora afirma que na realidade a “distribuição dos recursos essenciais para suscitar o acesso igualitário não é realizada conforme as necessidades das distintas classes e regiões do país” (p.40), pois, o Estado não considera as diferenças das regiões do Brasil nem as necessidades prioritárias de cada população e das distintas áreas geográficas com suas especificidades que geram riscos à saúde.

#### **4 AFINAL, O QUE É GÊNERO?**

Rita Barata (2009) demonstra que a definição e o sentido de gênero variam de acordo com o campo do conhecimento e o contexto onde se insere, possuindo definições gramaticais, generalizantes, biológicas etc. Relacionando ao tema desse trabalho, para a saúde gênero

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 focar 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 (ibid, p. 73).

Para Siqueira (2014) gênero deve ser compreendido enquanto uma categoria multinível, com característica de status, permeada de diferenças associadas ao poder social e marcada por escolhas presentes nos planos simbólico e cultural e nas interações da vida social. Com a institucionalização das diferenças de gênero a desigualdade se mantém de forma invisível, sendo naturalizada na sociedade e no inconsciente das pessoas.

Devemos destacar que, apesar dos visíveis avanços alcançados pelas mulheres, a chamada dominação masculina (Bourdieu, 2005) ainda permanece, porém em sua forma mais sutil – podendo ser considerada pior porque mais escondida – de manifestação. A dominação e o poder masculino estão arraigados em nossa sociedade, estão inscritos nas instituições e organizações sociais, que são eixos e delimitam nossas vidas, são vistos como diferenças já dadas, biológicas, manifestando-se de formas “doces” (Bourdieu, 2005; Grossi et al., 1998). Contudo, tal diferenciação apresenta-se no comportamento diário de homens e mulheres, demarcando suas vidas, influenciando inclusive nas formas de adoecimento (SIQUEIRA, 2014, p.19)

A autora complementa afirmando que as desigualdades ainda persistem porque são legitimadas pelas pessoas, que tomam as coisas como dadas.

Barata (2009) reitera que gênero não é sinônimo de sexo, apesar de cientificamente alguns autores o utilizam como substituto para sexo, a variável sexo não dá conta das questões de gênero. Na verdade, todos nós somos sexo e gênero, temos um sexo biologicamente definido que influencia as condições de saúde, assim como somos gênero, um produto sociocultural que desenha os papéis femininos e masculinos na sociedade e acaba por definir a relação entre homens e mulheres. Desse modo, as desigualdades em saúde entre homens e mulheres “devem ser analisadas a partir dessa dupla determinação: as relações de gênero e as peculiaridades do sexo biológico (ibid, p. 75)”

## **5 GÊNERO ENQUANTO DESIGUALDADE NA SAÚDE**

Siqueira (2014) realizou um resgate histórico e identificou que inicialmente as mulheres curandeiras eram acusadas de bruxaria, pois ousavam curar pessoas sem ter estudado. Com a introdução do mundo do trabalho as mulheres também não foram logo

inseridas, permaneceram no ambiente doméstico. No século XIX as mulheres passaram a ser acometidas de doenças que não se sabiam a causa, posteriormente diagnosticadas com depressão. Nessa época, a própria feminilidade era considerada doença.

Aquino, Menezes e Amoedo (1992) em estudo realizado a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) demonstram que as mulheres brasileiras têm gradativamente vivido mais que os homens. A sobremortalidade masculina tem ocorrido principalmente por causas violentas de morte. As mulheres, apesar de morrerem menos que os homens apresentam indicadores de morbidade e de utilização de serviços de saúde mais elevados em praticamente todas as faixas etárias. Dentre os problemas de saúde femininos estão as doenças infecciosas, as condições respiratórias, as doenças do sistema digestivo e outras condições agudas, como as dores de cabeça e de ouvido, problemas de pele, viroses inespecíficas e problemas músculo-esqueléticos. Enquanto os homens são mais propensos a limitações de locomoção.

Rita Barata (2009) utilizando as informações fornecidas pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS identificou que no ano de 2005 para a maioria das populações a mortalidade era maior entre os homens do que entre as mulheres em todas as faixas etárias.

Ao pesquisar os dados referentes ao ano de 2017 no DATASUS percebeu-se que atualmente esses dados ainda persistem. A região que mais se destacou em relação à mortalidade foi a sudeste, com valores de 320.395 para homens e 271.526 para as mulheres, enquanto a região com valores menores foi a Norte, sendo 50.782 para homens e 31.882 para as mulheres.

Aquino et. al. (1992) afirmam que os diferenciais encontrados em relação a homens e mulheres estão relacionados a fatores de risco, decorrentes inclusive do lugar social de homens e mulheres. Ademais, identificam-se também diferenças de gênero na construção do processo de adoecimento. As mulheres apresentaram maiores prevalências de problemas de saúde que os homens em todos os Estados, assim como a busca e utilização dos serviços de saúde. Nos Estados do Norte e Nordeste a taxa de utilização foi menor, o que revela uma distribuição desigual dos serviços de saúde tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo, assim, as desigualdades regionais contribuem para as diferenças entre os sexos.

O maior risco feminino para a maioria das doenças agudas provavelmente está relacionado, em primeiro lugar, às especificidades do trabalho que as mulheres

exercem no cuidado da casa e dos filhos. Suas atividades habituais envolvem o contato mais estreito com crianças, que são especialmente sujeitas às infecções; o uso habitual de produtos químicos do lar, ocasionando alergias e lesões dermatológicas; e a adoção de posturas corporais incômodas, levando a problemas músculo-esqueléticos. A inserção crescente no mercado de trabalho não tem desobrigado as mulheres de suas funções tradicionais, o que implica o acúmulo de tarefas, com maior estresse físico e mental, além dos riscos ocupacionais conseqüentes à dupla inserção. Estudos têm demonstrado que, como decorrência da dupla jornada feminina, o número médio de horas trabalhadas pelas mulheres é superior ao dos homens. O trabalho doméstico, mesmo em sociedades mais desenvolvidas, não tem diminuído substancialmente quanto ao volume, já que houve aumento de sua complexidade e das expectativas relacionadas à limpeza das casas, à lavagem das roupas, ao preparo dos alimentos e à educação dos filhos (AQUINO et. al. 1992, p.200)

Siqueira (2014) pontua que os comportamentos distintos por gênero podem ser explicados como decorrência da desigualdade de acesso a recursos e ao poder em si, que atravessam a vida pública e privada da vida de homens e mulheres, assim, reverbera em diferenciais educacionais, principalmente nas ocupações dentro do mercado de trabalho e em diferentes posições relacionadas à vida produtiva e reprodutiva.

Barata (2009) explica que essas diferenças são reflexos de diferenças de gênero, ou seja, “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 (p. 80).”

Em relação a morbidade as mulheres avaliam de forma pior seu estado de saúde comparado aos homens. Algumas explicações versam sobre diferenças hormonais e genéticas, considerando o ponto de vista biológico. Porém, se considerarmos a sob a ótica do gênero é possível pensar nos papéis sociais que as mulheres desempenham, a responsabilidade pelos filhos, pela família pode fazer com que elas deem mais atenção aos seus próprios problemas. Além disso, parte do excesso de morbidade pode estar relacionado ao trabalho feminino em profissões mal remuneradas (BARATA, 2009).

Ao comparar as condições entre mulheres e homens no mercado de trabalho no ano de 2005, Rita Barata (2009) identificou que a remuneração das mulheres era menor, a jornada de trabalho também, e, principalmente, o preço da hora paga. O valor da hora trabalhada era



sempre menor para as mulheres, independente da sua posição no mercado de trabalho. Ao pesquisar no IBGE sobre essas informações atualizadas dados elaborados com base na PNAD 2012 – 2016 demonstraram que hoje as mulheres estudam mais, trabalham mais e ainda assim ganham menos que os homens.

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 (BARATA, 2009, p. 84).

Analisando a variável transtornos mentais a autora aponta que a prevalência é sempre maior para as mulheres, principalmente mulheres pobres, que trabalham mais de dez horas por dia, e que exercem a função de doméstica. Em relação à violência os homens têm sofrido mais violência urbana enquanto as mulheres sofrem violência doméstica. Os homens se colocam mais em situações de risco, como o uso de drogas. As mulheres são as maiores vítimas, onde os companheiros são os homicidas, cometendo crimes passionais nos domicílios.

Explorando os serviços de saúde, Siqueira (2014) coloca que os homens não são motivados a ir aos centros de saúde porque estes são ocupados majoritariamente por mulheres. Quando eles vão ficam do lado de fora enquanto não são atendidos, ou vão apenas para acompanhar mulheres com seus filhos recém-nascidos.

Barata (2009) explica que a busca aos serviços de saúde está relacionada a fatores como: idade, gênero, etnia e condição socioeconômica, a partir daí o uso dos serviços vai depender das condições de acesso. Segundo a autora apesar de as mulheres declararem seu estado de saúde pior elas têm mais acesso aos serviços, procuram mais consultas, não para tratamento de doenças, mas sim para prevenção.

Siqueira (2014) ao realizar uma revisão de literatura sobre o tema percebeu que homens e mulheres se expõem à saúde e/ou doença por conta hábitos diferenciados por gênero, exemplos são: consumo de álcool, drogas, prática de atividade física e hábitos alimentares. As mulheres possuem um agravante, pois têm uma dupla jornada de trabalho, cuidando da casa e dos filhos e integrando o mercado de trabalho. Desse modo, o estilo de vida das mulheres é diferente dos homens, especialmente em relação aos papéis sociais que desempenham,

consequentemente, “a distinção da manifestação de doenças entre homens e mulheres pode estar associada ao sistema maior de desigualdade de gênero, representado pelo privilégio masculino em espaços públicos e pela vulnerabilidade física das mulheres” (p.14).

## 6 CONCLUSÃO

O estudo e aprofundamento sobre as desigualdades sociais em saúde deve servir de base para determinação do processo saúde-doença e também para a formulação de políticas públicas, afinal, se o Estado utilizasse das informações sobre os determinantes sociais de saúde poderia desenvolver e implementar políticas públicas que realmente contemplassem as necessidades de saúde da população, para a partir de então procurar reduzir as desigualdades.

Percebeu-se que as diferenças em relação à saúde de homens e mulheres ainda persistem e parecem se perpetuar com o passar dos anos. O gênero, assim como classe social, etnia, sexo são exemplos das nuances que compõem a vida cotidiana dos seres humanos, carregados de sofrimentos que não detém uma devida relevância. É preciso entender a saúde como um processo de construção social, e que a desigualdade de gênero também é atravessada por questões de saúde, para assim conseguir minimizar ou até mesmo findar as desigualdades de gênero, promovendo igualdade e equidade.

Espera-se que a desigualdade seja desconstruída e desnaturalizada, principalmente em relação a mulher, que até hoje sofre uma violência velada por conta da hierarquia e da dominação masculina. A luta pela mudança desses padrões é uma mola propulsora, o poder está nas mãos das mulheres.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, Estela M.L.; MENEZES, Greice M.S.; AMOEDO, Marúcia B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 26(3): 195-202, 1992.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22(7): 2097-2108, 2017.

BATISTA, Gláucia de Fátima. **Saúde e gênero: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária**.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Belo Horizonte, 2014.

BRASIL DATASUS. **Dados preliminares de 2017.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=1140005&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/pobt10>

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Mulher estuda mais, trabalha mais e ganha menos do que o homem.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20234-mulher-estuda-mais-trabalha-mais-e-ganha-menos-do-que-o-homem>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

SIQUEIRA, Natália Leão. **Gênero e saúde no Brasil: a (re)produção de desigualdades.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2014.