



# EPIDEMIOLOGIA

exercícios **indisciplinados**

STELA NAZARETH MENEGHEL

**TOMO**  
EDITORIAL

# EPIDEMIOLOGIA

© da autora  
1ª edição 2015

Direitos reservados desta edição: Tomo Editorial Ltda.

A Tomo Editorial publica de acordo com suas linhas e conselho editoriais que podem ser conhecidos em [www.tomoeditorial.com.br](http://www.tomoeditorial.com.br)

*Editor*

João Carneiro

*Editora assistente*

Krishna Chiminazzo Predebon

*Revisão*

Moira Revisões

*Capa, projeto gráfico e diagramação*

Krishna Chiminazzo Predebon

Tomo Editorial

*Imagem da capa*

Vatsi Meneghel Danilevicz

*Texto da aba*

Carmen Fontes de Souza Teixeira

---

M541e Meneghel, Stela Nazareth.  
Epidemiologia: exercícios indisciplinados / Stela Nazareth Meneghel.  
Porto Alegre : Tomo Editorial, 2015.  
232 p.

ISBN 978-85-86225-90-1

1. Epidemiologia. 2. Saúde Coletiva. I. Título.

CDU 616-036.22

---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca Pública do Estado do RS, Brasil)

Este livro foi financiado pela FAPERGS/Capes, por meio do edital 06/2013:  
Programa Editoração e Publicação de Obras Científicas. A distribuição é  
gratuita e dirigida aos programas de pós-graduação e cursos da área da saúde.

Tomo Editorial Ltda. Fone/fax: (51) 3227.1021  
tomo@tomoeditorial.com.br [www.tomoeditorial.com.br](http://www.tomoeditorial.com.br)  
Rua Demétrio Ribeiro, 525 CEP 90010-310 Porto Alegre RS

# EPIDEMIOLOGIA

exercícios **indisciplinados**

STELA NAZARETH MENEGHEL

Colaborações de

CLAUDIA ARAÚJO DE LIMA

ÉLIDA HENNINGTON

ROGER FLORES CECCON

VATSI MENEGHEL DANILEVICZ



PORTO ALEGRE

2015

# como utilizar os conceitos de gênero em estudos epidemiológicos?

STELA NAZARETH MENEGHEL  
CLAUDIA ARAÚJO DE LIMA

## MULHERES DE ATENAS

Chico Buarque

<i>Mirem-se no exemplo</i>	<i>[...]</i>	<i>só tem presságios.</i>
<i>Daquelas mulheres de Atenas</i>		<i>O seu homem, mares,</i>
<i>Vivem pros seus maridos</i>	<i>Quando eles se</i>	<i>naufrágios...</i>
<i>Orgulho e raça de Atenas</i>	<i>entopem de vinho</i>	<i>Lindas sirenas, morenas.</i>
	<i>Costumam buscar um</i>	
<i>Quando amadas, se perfumam</i>	<i>carinho</i>	<i>[...]</i>
<i>Se banham com leite, se arrumam</i>	<i>De outras falenas</i>	<i>As jovens viúvas marcadas</i>
<i>Suas melenas</i>	<i>Mas no fim da noite,</i>	<i>E as gestantes abandonadas</i>
<i>Quando fustigadas não choram</i>	<i>aos pedaços</i>	<i>Não fazem cenas</i>
<i>Se ajoelham, pedem imploram</i>	<i>Quase sempre voltam</i>	<i>Vestem-se de negro, se</i>
<i>Mais duras penas; cadenas</i>	<i>pros braços</i>	<i>encolhem</i>
	<i>De suas pequenas, Helenas</i>	<i>Se conformam e se recolhem</i>
<i>[...]</i>		<i>Às suas novenas</i>
	<i>[...]</i>	<i>Serenas</i>
<i>Quando eles embarcam soldados</i>	<i>Elas não têm gosto</i>	<i>Mirem-se no exemplo</i>
<i>Elas tecem longos bordados</i>	<i>ou vontade,</i>	<i>Daquelas mulheres de Atenas</i>
<i>Mil quarentenas</i>	<i>Nem defeito, nem qualidade;</i>	<i>Secam por seus maridos</i>
<i>E quando eles voltam, sedentos</i>	<i>Têm medo apenas.</i>	<i>Orgulho e raça de Atenas</i>
<i>Querem arrancar, violentos</i>	<i>Não tem sonhos,</i>	
<i>Carícias plenas, obscenas</i>		



## CONCEITOS DE GÊNERO E O SISTEMA DE SEXO-GÊNERO

*Gênero* é um conceito oriundo das ciências sociais que se refere à construção social de sexo ou à apropriação social das diferenças sexuais. O conceito de gênero desloca o masculino e o feminino biologicamente definidos para o contexto social, já que a cultura de cada sociedade estipula o que considera aceitável nas relações entre homens e mulheres, entre mulheres ou somente entre homens (Scott, 1994).

Gênero é a forma com que as sociedades determinam as funções, atitudes, valores e relações que concernem ao homem e a mulher. Enquanto o sexo faz referência aos aspectos biológicos que derivam das diferenças sexuais, o gênero é uma definição construída política e culturalmente. A Organização das Nações Unidas (ONU) adotou o termo “gênero” como uma ferramenta de análise ampliando o olhar sobre as diferenças entre homens e mulheres para além das diferenças biológicas (ONU, 1995).

Os papéis do masculino e do feminino são delimitados em cada sociedade a partir do nas-

cimento e do reconhecimento do sexo biológico. A construção do sexo implica em padrões de comportamento e atitudes influenciadas pela formação do território, pela história de uma nação, pelas religiões instituídas, por características culturais e orientação sexual de cada indivíduo.

Para Bourdieu (1999), a justificativa natural dada pela diferença anatômica entre os sexos é utilizada na construção social dos gêneros de acordo com os interesses de cada sociedade, seja para a divisão social do trabalho, seja para a dominação do corpo ou para o exercício do poder. Essas divisões ocorrem de forma objetiva e subjetiva como esquemas cognitivos particulares nas relações hierárquicas entre os sexos.

Louro (2008) discute que as múltiplas características do gênero e da sexualidade transcendem as classificações binárias dos gêneros e da sexualidade: masculino/feminino, heterossexual/homossexual. Classificações mais recentes ampliam possibilidades de gênero pela orientação sexual tais como gays, lésbicas, transexuais e transgêneros.



*O macho vazio*, Vatsi Danilevicz (Marrocos, 2012)



*Gêneros*, Vatsi Danilevicz (Peru, 2013)

*Sistema sexo-gênero* é uma definição adotada pela autora Gayle Rubin (1993) ao discutir as hierarquias sociais de poder entre homens e mulheres. É o conjunto de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas. Desta maneira, o sexo humano e a procriação são moldados pela intervenção social, fazendo com que os papéis sociais de homens e mulheres sejam definidos como forma de reprodução da espécie, de força de trabalho e divisão de tarefas, enfim de dominação do masculino sobre o feminino.

O movimento de mulheres, que surgiu no Ocidente após maio de 1968, denunciou a situação de submissão e exploração a que são submetidas as mulheres na maioria das sociedades de cunho patriarcal. Adotaram a concepção teórica do patriarcado para explicar as hierarquias de poder entre homens e mulheres e as desigualdades geradas por este sistema. Além do mais, perceberam que só a categoria classe social era insuficiente para explicar a determinação social das desigualdades e apontaram a importância das categorias gênero e raça como subsistemas responsáveis pela manutenção da dominação/exploração na sociedade capitalista ocidental (Safiotti, 2004).

Uma pessoa nasce homem ou mulher pela biologia, no entanto torna-se uma mulher ou um homem pelo comportamento, identidade e orientação sexual. A identidade de gênero é o conjunto de características próprias de um indivíduo que nos singularizam frente aos demais.

A educação diferenciada de gênero define papéis e cria estereótipos para o masculino e o feminino. Estereótipos são ideias pré-concebidas, por vezes com formas ideológicas simples

que determinam condutas, comportamentos e atitudes para as pessoas estarem em acordo com o socialmente esperado. Estes papéis ainda estão presentes na cultura e seguem condicionando meninas e meninos a cumprir o script previsto para cada sexo.



## Cinema

Os dois filmes de animação descritos a seguir retratam, de modo simples e direto, como se dá o processo de socialização de meninos e meninas.



*Minha vida de João /  
La vida de Juan /  
Once upon a boy*

[http://www.promundo.org.br/  
audiovisuais/para-jovens-e-adultos/dvd-  
minha-vida-de-joao/](http://www.promundo.org.br/audiovisuais/para-jovens-e-adultos/dvd-minha-vida-de-joao/)



*Era uma vez  
outra Maria/  
Érase una vez  
otra María/  
Once upon  
a girl*

[http://www.promundo.org.br/  
audiovisuais/para-jovens-e-adultos/era-  
uma-vez-outra-maria/](http://www.promundo.org.br/audiovisuais/para-jovens-e-adultos/era-uma-vez-outra-maria/)

### Atividade 1

Como são as condições de gênero (vida, trabalho, moradia, relações sociais) na região onde você atua? Quais delas podem se constituir em fatores de desigualdade para as mulheres?

.....

### Atividade 2

O “varal do masculino/feminino”: nesta técnica grupal, solicita-se a cada participante para escrever uma atividade percebida como “masculina” ou “feminina” e colocar no varal usando um prendedor “azul” ou “rosa”. Ao final, discute-se que mudanças podem-se fazer nestes papéis, e trocam-se as atividades de posição, flexibilizando os papéis sexuais, na medida em que eles podem ser realizados pelos dois gêneros.

.....



Quem faz o quê?, Stela Meneghel (Haiti, 2012)

## DESIGUALDADES E INIQUIDADES DE GÊNERO

A equidade e a iniquidade são conceitos políticos, expressos em compromissos éticos e de igualdade social (Kawachi; Subramanian;

Ameida Filho, 2002). Igualdade/desigualdade de gênero são condições mensuráveis que contribuem para compreender como se dá a distribuição de poder entre os sexos em uma determinada sociedade. São elementos constitutivos das relações sociais, baseados em diferenças percebidas entre os sexos, configurando um modo de significar relações de poder.

*Desigualdades de gênero* são as diferenças entre homens e mulheres nas diversas esferas da vida em sociedade, determinadas pelo sistema de subordinação das mulheres e reconhecidas como problemas sociais. As desigualdades de gênero podem se expressar nas relações de trabalho e nos tipos de ocupação de cada sexo, nas diferenças salariais, no acesso à educação formal, na saúde reprodutiva, nos quadros epidemiológicos de mortalidade e morbidade, na mobilidade social e nos direitos.

*Iniquidades de gênero* são ações que colocam pessoas em desvantagem diante de outras e contribuem para dificultar a vida de mulheres e homens na sociedade. Em todas as regiões do mundo, as iniquidades de gênero afetam em maior proporção as mulheres, que sofrem maior quantidade de discriminações, violências e injustiças. As iniquidades são diferenças evitáveis e injustas, determinadas pelas barreiras políticas ao acesso de bens e serviços. São exemplos de iniquidade de gênero: a fome, o não acesso à água potável, o analfabetismo, a ausência de direitos civis, a pobreza.

No campo da saúde pode-se pensar em desigualdade quando há diferença no acesso a recursos e condições que influenciam a saúde, os quais podem se alterar por meio de políticas públicas. Essas desigualdades ocorrem em grupos sociais em desvantagem, e o acesso à serviços ou ações de promoção à saúde representa um ônus adicional a esses grupos (Siqueira, 2011).



*Iniquidade em saúde* refere-se às diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo injustas e indesejáveis. O conceito de equidade estabelecido para o Sistema Único de Saúde brasileiro, num contexto social de direitos em evolução, reforça a necessidade de garantir o atendimento às demandas específicas, *ou a cada um de acordo com suas necessidades* (Whitehead, 1992; Escorel, 2009).

O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é uma ferramenta desenvolvida pela Organização das Nações Unidas que contribui para compreender os nexos causais que determinam a qualidade de vida das populações. Baseia-se em uma composição de três indicadores: escolaridade, renda e expectativa de vida, indicando condições econômicas, de educação e saúde. A partir do IDH criaram-se índices similares específicos de gênero para avaliar a posição das mulheres.

O *Relatório Global de Desigualdade entre os Gêneros* (Hausmann, Tyson, Zahidi, 2012) é um documento organizado para medir os níveis de igualdade ou desigualdade entre os gêneros em 135 países que representam 93% da população mundial. De acordo com este relatório, em 2012 o Brasil estava em 62º lugar, apresentando uma melhora significativa em sua classificação geral. O resultado reflete melhorias na educação primária e no percentual de mulheres em cargos de representação política (de 7% para 27%). Na América Latina, o Brasil se destaca como um dos três países que têm fechado o hiato entre os gêneros tanto no acesso aos serviços de saúde quanto na educação.

O Índice Nacional de Desigualdade de Gênero (INDG) calcula e compara a desigualdade de gênero entre as unidades federativas brasileiras. O índice possui quatro dimensões: participação econômica e oportunidades, educação, poder político, saúde e sobrevivência. Para cada uma das dimensões há vários itens; citamos,

como exemplo da participação econômica, a razão entre participação feminina e masculina no mercado de trabalho e entre o salário estimado médio de mulheres e homens. Na educação observa-se a razão entre homens e mulheres alfabetizados e a razão entre as matrículas de meninas e meninos dos diferentes níveis do ensino. Na dimensão poder político, calcula-se a razão entre quantidade de homens e mulheres em cargos de representação política e na dimensão saúde analisa-se a expectativa de vida e razão de masculinidade nos nascimentos.

As desigualdades e iniquidades de gênero têm sido objeto de Acordos e Tratados internacionais assinados e ratificados por diversos países, incluindo o Brasil.

Para saber um pouco mais, procure localizar e ler estes documentos:

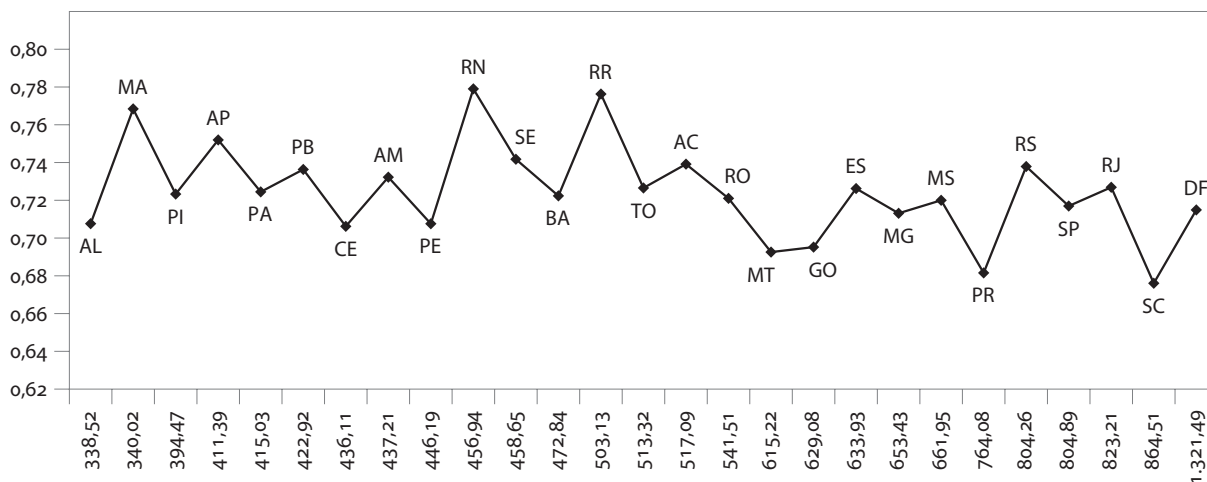
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948);
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW (1979);
- Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1989);
- Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos, Degradantes (1989);
- Convenção sobre os Direitos da Criança (1990);
- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1992);
- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1992);
- Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena (1993);
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Belém do Pará (1994);
- Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher - Pequim (1995).

### Atividade 3

A figura 1 mostra a relação entre Índice de Desigualdade de Gênero e Renda familiar segundo unidade da federação brasileira. Interprete os dados.

FIGURA 1

Relação entre o índice de desigualdade de gênero e a renda familiar per capita média em reais (Brasil, 2012)



Fonte: Cardoso (2013).

### Atividade 4

Faça um relato de como funcionam as políticas públicas para as mulheres na sua região.

.....

Nos últimos 20 anos houve um avanço considerável nas políticas para as mulheres, principalmente após as convenções e encontros focados neste tema. Desde a I Conferência Mundial da Mulher, na cidade do México em 1975, passando pela aprovação da Assembleia Geral das Nações Unidas da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), vários outros encontros e conferências pontuaram a necessidade de formular políticas

e programas de atenção específicos para as mulheres. A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, aconteceu no Brasil, em 1994 e constituiu-se no marco histórico internacional para coibir a violência contra a mulher.

No Brasil, as diretrizes fundamentais das políticas públicas relacionadas à mulher propõem o acesso ao poder político, através da estratégia do empoderamento e abertura de espaços de decisão; garantia de acesso à educação e à saúde; criação de programas que atendam mulheres em situação de violência doméstica e sexual e disponibilizem medidas preventivas efetivas.

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) dando espaço para a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2004). Este plano objetivou diminuir as desigualdades de gênero, considerando a diversidade de raças e etnias que compõem o território nacional.

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, elaborado em 2008, após a Conferência Nacional (Brasil, 2008) propõe uma intervenção pública de caráter multissetorial para desenvolver ações para desconstruir as desigualdades e combater as discriminações de gênero; interferir nos padrões machistas presentes na sociedade

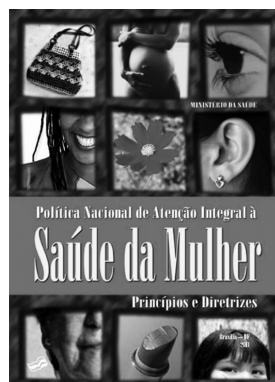
brasileira; promover o empoderamento das mulheres; e garantir um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência.

Vários fatores modificaram o cenário brasileiro, no entanto as desigualdades de gênero ainda são questões importantes a serem trabalhadas. Os homens têm maiores salários em vários setores econômicos e, apesar de ser maior o número de mulheres nas escolas, o espaço doméstico ainda é fonte de desigualdades na divisão das tarefas e na ocorrência de violência de gênero.

A seguir estão algumas iniciativas para a redução das desigualdades de gênero que vêm sendo discutidas e pactuadas entre governo e sociedade civil brasileira:



*Plano nacional de políticas para as mulheres*



*Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*



*Plano de enfrentamento da feminização da aids e outras DST*



*Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*

## O USO DA CATEGORIA GÊNERO NOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

A partir da introdução e legitimação acadêmica do conceito de gênero, nos anos 1970, vários epidemiologistas começaram a incorporar a terminologia nos estudos e investigações epidemiológicas. Porém, não houve muita preocupação em diferenciar as situações em que é mais apropriado o uso da variável sexo, em con-

traposição às situações em que se indica o uso de gênero. Esse fato fez com que muitos estudos utilizem gênero de modo acrítico ou tratando-o como sinônimo de sexo. O uso indiscriminado da categoria gênero banaliza e despotencializa a força dessa ferramenta analítica.

Ao utilizar *sexo* ou *gênero* em estudos epidemiológicos, é necessário entender as particularidades do objeto em estudo. Assim, para estudar a distribuição de bebês malformados ou a preva-

lência de membrana hialina ao nascer geralmente se utiliza a categoria “sexo”, enquanto que para investigar situações em que os papéis masculinos ou femininos designados pela cultura tem maior influência sobre o agravo, como a mortalidade por acidentes, os distúrbios psiquiátricos ou a expectativa de vida, utiliza-se gênero.

No campo da epidemiologia crítica, o trabalho e a classe social foram identificados como centrais na determinação social das doenças (Laurell, 1982; Breilh, 1979), e atualmente não há dúvida de que gênero e raça sejam determinantes no processo de adoecimento humano. Os três processos geradores de desigualdades, classe, gênero e etnicidade, não são desvinculados, mas se inter-relacionam e possuem uma mesma raiz de concentração de poder. A iniquidade de gênero não só produz injustiça para mulheres, mas alimenta condições subordinadoras que contribuem para manter e reproduzir as outras duas formas de concentração de poder: a étnica e de classe social (Breilh, 2006).

*Do ponto de vista da epidemiologia e da determinação social da saúde, não se trata de escolher uma categoria central e tomar partido da ‘classe’, ‘gênero’ ou ‘etnicidade’ como a categoria mais importante para análise, mas entender o movimento e as relações dialéticas entre as três categorias como parte de uma estrutura de poder. (Breilh, 2006 p. 216).*

A ideia da inter-relação dos três sistemas de poder também aparece nos escritos de feministas (Safiotti, 2004) por meio da metáfora do “nó górdio”, em que raça, gênero e classe social, estão profundamente associados como determinantes da saúde/doença.

A análise dos determinantes sociais da saúde considera que a maior parte da carga de doenças – assim como as iniquidades em saúde presen-

tes em escala mundial acontece devido às condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições ou “determinantes sociais da saúde” inclui os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Os determinantes mais importantes são os estruturais, que estratificam a sociedade, como a distribuição de renda, as divisões de gênero, classe, etnia ou orientação sexual e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforçam as iniquidades relativas ao poder econômico (OMS, 2011; WHO, 2010).

Embora, atualmente haja um consenso acerca da importância de gênero na gênese das desigualdades sociais e de saúde, a simples incorporação do discurso de gênero por parte das instituições e organismos internacionais não significa avanços nas conquistas de direitos das mulheres.

No Brasil, nos últimos anos, tem aumentado a discussão sobre a categoria “gênero” na área da saúde, incluindo a saúde da mulher e a sexualidade. As abordagens mais antigas estavam voltadas para a gestação, o parto e aleitamento em uma perspectiva clínico-epidemiológica; atualmente compreende-se saúde sexual e reprodutiva como um direito de cidadania. A atual agenda de gênero e saúde inclui temas como a legalização do aborto, o enfrentamento das violências, a feminização da aids e a igualdade de direitos para as minorias étnicas, raciais e de orientações sexuais distintas (Aquino, 2006).

Pode-se utilizar sexo/gênero em estudos epidemiológicos descritivos como séries históricas de agravos e distribuições de frequências para relacionar variáveis descritivas e o sexo ou gênero das pessoas afetadas. Muitas vezes a força da categoria de gênero aparece apenas na densidade da análise que mostra aspectos ou hipóteses de cunho social ao invés de apenas descrever o comportamento de um evento segundo a biologia do sujeito acometido.

## Atividade 5

Cite exemplos de doenças identificando a perspectiva a ser adotada: sexo ou gênero.

.....

Os indicadores demográficos são modulados pela maneira como homens e mulheres se relacionam na sociedade. A taxa de natalidade, fecundidade e as práticas contraceptivas, ou o padrão social acerca da sexualidade e reprodução são influenciados pelas concepções de gênero.

A razão ou taxa de masculinidade é um indicador que mostra as diferenças entre os sexos na ocorrência de doenças, morte ou fatores de risco. Mudanças nos valores da razão de masculinidade indicam aumento de vulnerabilidade de um dos sexos.

Já, os estudos epidemiológicos analíticos procuram averiguar associações entre variáveis (possíveis determinantes do adoecer) e desfechos, que podem ser fatores de risco ou vulnerabilidade, doença ou morte. Tradicionalmente compreendem os estudos longitudinais ou coortes, os estudos de casos e controles, os inquéritos transversais ou estudos de prevalência e os estudos ecológicos.

Os estudos ecológicos não fazem comparações entre indivíduos, mas estudam as doenças através médias de ocorrência de casos em unidades territoriais maiores ou agregados populacionais. Os estudos ecológicos permitem avaliar intervenções sanitárias e trabalhar com dados que dizem respeito a exposições populacionais, situações difíceis de serem avaliadas em investigações que têm os indivíduos como unidades de análise. Citamos como exemplo, um estudo ecológico sobre femicídios, em que foram ma-

peadas as mortes femininas por agressão nas unidades da federação (UFs) identificando-se possíveis situações socioeconômicas e demográficas na produção de diferenças nas taxas de violências contra a mulher nas regiões brasileiras (Meneghel; Hirakata, 2011). Estudos ecológicos são rápidos, baratos e auxiliam a avaliação de políticas públicas. Situações de gênero desde que registradas em bancos de dados podem ser usadas como desfechos ou variáveis explicativas, auxiliando a problematizar a desigualdade social entre homens e mulheres.

Outros estudos epidemiológicos, como os transversais são utilizados preferencialmente quando não existem sistemas de informação para determinadas doenças ou agravos. Esses estudos utilizam a categoria gênero, quando o agravo em questão está relacionado com mudanças culturais e sociais que levam a diferenças na prevalência entre homens e mulheres. Quando se estratifica os dados de prevalência segundo sexo e há diferenças significativas entre os sexos é preciso questionar se é sexo ou gênero que influencia a ocorrência desigual da doença em questão.

O fato de ser homem ou mulher determina riscos diferenciados, algumas vezes tendo o fator biológico um peso maior e, em outras, predominando a questão socioeconômica e cultural (Olinto, 1998).

Um estudo transversal realizado no Brasil no período de 2002 a 2005 em uma amostra representativa de 18 capitais brasileiras pesquisou a presença de fatores de risco auto referidos para doenças crônicas não transmissíveis em homens e mulheres adultos: excesso de peso, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, diabetes, hipertensão arterial e hipercolesterolemia (Costa; Thuler, 2012) (tabela 1).



TABELA 1

População de 25 anos ou mais, segundo sexo e fatores de risco para DCNTs (capitais brasileiras, 2002-2005)

Fatores de risco	Total (IC 95%) (2)	Homens (IC 95%) (2)	Mulheres (IC 95%) (2)
Excesso de peso	48,1 (46,6-49,6)	53,9 (51,8-55,9)	43,1 (41,2-45,2)
Insuficientemente ativo	39,7 (38,0-41,5)	35,9 (33,7-38,1)	42,6 (40,5-44,7)
Tabagismo	20,8 (19,8-21,9)	25,2 (23,6-26,8)	17,7 (16,4-19,1)
Consumo de álcool de risco	7,8 (7,2-8,5)	13,0 (11,9-14,3)	4,0 (3,5-4,5)
Hipertensão arterial	25,2 (24,1-26,4)	22,8 (21,2-24,4)	28,6 (27,1-30,2)
Diabetes	8,0 (7,1-8,9)	9,4 (7,9-11,1)	7,1 (6,2-8,2)
Hipercolesterolemia	23,6 (22,4-24,8)	22,0 (20,2-23,9)	24,6 (23,0-26,1)

Fonte: Costa e Thuller (2012).

## Atividade 6

Analisando a tabela 1, identifique os fatores de risco que apresentam prevalência *estatisticamente* diferente entre homens e mulheres? Que diferenças ligadas a gênero podem ser apontadas na distribuição destes agravos?

.....

## INTERVENÇÕES PARA ENFRENTAR AS VULNERABILIDADES DE GÊNERO

Intervenções para enfrentar as vulnerabilidades de gênero compreendem ações de promoção e educação em saúde, organizadas como oficinas e/ou grupos, atividades educativas dirigidas a grupos específicos da população (estudantes, usuários de serviços) e educação permanente desenvolvida com profissionais de saúde, segurança pública, dentre outros setores sociais.

Nesta seção trazemos o relato de algumas oficinas e experiências educativas de promoção em saúde utilizando a perspectiva de gênero. Uma delas se refere à oficina de confecção de

bonecos sexuados, que pode ser usada para a realização de ações educativas relacionadas ao corpo e à sexualidade com os mais diversos públicos: gestantes, mulheres, homens, jovens e idosos.

Para crianças em idade escolar, as famílias de bonecos sexuados permitem explorar as relações familiares, os papéis, o uso do corpo e são “sinal de alerta” para possíveis violências sexuais. Para grupos de adolescentes, bonecos masculinos e femininos motivam a discussão sobre o corpo e sexualidade, contracepção, entre outros temas. Em grupos de mulheres, os bonecos instigam a discussão entre o corpo idealizado, o corpo exigido às mulheres nas sociedades generificadas mesmo à custa de sofrimentos e mutilações (os pés amarrados na China imperial, as lipoaspirações e cirurgias de nossa sociedade) e o corpo real com suas limitações, desconfortos e mal-estar.

Enfim, a confecção dos bonecos propicia a motivação de jovens para as atividades de costura, uma velha habilidade quase que abandonada, e os estimula para possibilidades de profissionalização e inserção em atividades laborais (Meneghel et al., no prelo).



Oficina de bonecos, Stela Meneghel (Rio de Janeiro, 2011)

Outra atividade a ser usada para problematizar as violências de gênero são as máscaras. Podem ser confeccionadas em gesso ou outros materiais (argila, papel *maché*) e usadas em oficinas e grupos com pessoas de todas as idades. As máscaras possibilitam, através da plasticidade do material, que se problematize e desconstrua os papéis rígidos de gênero, que muitas vezes imobilizam as mulheres na posição de vítimas, no sentimento de impotência e na ausência de perspectivas.

Nas oficinas temos proposto usar as máscaras para expor no concreto, as feridas, as dores e as violências, mas também, compartilhar as experiências de resistência e os estratagemas que as mulheres têm usado para sobreviver. Não há dúvida de que o trabalho com o lúdico, com a arte, com a emoção ajuda a refazer itinerários marcados pela violência.

Assim, como em outras técnicas projetivas, as máscaras ajudam a expressar sentimentos, muitas vezes silenciados por longos períodos de tempo, e compartilhar no espaço protegido do grupo, as histórias de vida (Meneghel et al., 2003; 2005; 2008).

Também temos usado as narrativas e histórias populares como elemento de sensibilização para tratar com as vulnerabilidades. As histórias

são depoimentos de como as pessoas se apropriam dos acontecimentos de suas vidas, fazem parte do processo de construção das identidades individuais e coletivas, na medida em que somos construídos/as pelas histórias que contamos ou que nos foram contadas para e sobre nós.

Grupos de contação de histórias são uma técnica poderosa de educação permanente em saúde usados nas práticas de saúde coletiva e educação em saúde e gênero. As narrativas auxiliam a e reconstruir identidades afetadas pelas violências, permitindo a denúncia de iniquidades no espaço protegido do grupo, onde também brotam estratégias coletivas de enfrentamento e superação.

Enfim, as narrativas ajudam a enfrentar mecanismos de exploração/dominação como os relacionados à raça, à classe social e ao gênero. Constituem possibilidades de reflexão e entendimento sobre a vida e tudo o que dela decorre, inclusive a doença, a dor e a morte (Meneghel et al., 2003; Meneghel; Farina; Ramão, 2005).

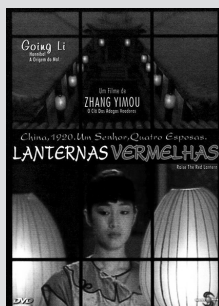


## Cinema

*Lanternas vermelhas*: a estrutura do patriarcado presente nas relações e nas vidas de quatro mulheres chinesas que disputam o poder através do sistema sexo/gênero e da relação com o marido/patriarca/senhor.

*Jogo de cena*: mulheres contam suas histórias de vida, de amores, de sonhos, violências, perdas e resistências, em um teatro no Rio de Janeiro.

*O aborto dos outros*: documentário que apresenta histórias de mulheres e meninas atendidas em hospital público brasileiro que faz aborto previsto em lei. Mostra a dificuldade de efetivar as políticas públicas de atenção às mulheres.



*Lanternas vermelhas*  
(*Da hong deng long gao*, Yimou Zhang, 1991)



*Jogo de cena* (Eduardo Coutinho, 2007)



*O aborto dos outros*  
(Carla Gallo, 2008)

## REFERÊNCIAS

AQUINO, E. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 121-132, 2006.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, J. *Epidemiología: economía, medicina y política*. Ediciones de la Universidad Central de Ecuador, Quito, 1979.

CARDOSO, L. Como está a desigualdade de gênero entre os estados brasileiros? 01.02.2013. Disponível em: <http://www.brasil-economia-governo.org.br/2013/02/01/como-esta-a-desigualdade-de-genero-entre-os-estados-brasileiros/>

COSTA, L. C.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2012.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível

em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>>. Acesso em: 30 set. 2014.

HAUSMANN, R.; TYSON, L. D.; ZAHIDI, S. *Global Gender Gap Report 2012*, World Economic Forum: USA, 2012. Disponível em: <[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GenderGap\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2012.pdf)>.

KAWACHI, I; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA FILHO, N. A. Glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 56, p. 647-652, 2002.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, p. 7-25, 1982.

LOURO, G. P. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições*, v. 19, n.2, 2008.p.17-53.

MENEGHEL, S.N. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 11-18, 2005.

MENEGHEL, S. N.; et al. Impacto de grupos de mulheres em vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 955-964, 2003.

MENEGHEL, S. N.; FARINA, O.; RAMÃO, S. Histórias de resistência de mulheres negras. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 320-330, 2005.

MENEGHEL, S.N.; et al. Histórias de dor, de morte e de vida. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n.2, p. 220-228, 2008.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011.

MENEGHEL, S.N. et al. Oficina de bonecos: experiências de um Programa de Educação pelo Trabalho (PETSaúde). *Revista Interface Botucatu*. [no prelo]

OLINTO, M. T. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v. 1, n. 2, p. 161-169, 1998.

OMS [Organização Mundial da Saúde]. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre os Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

ONU. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: <[dawww.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_beijing.pdf](http://dawww.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf)>.

PNUD [Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento]. *Relatório do Desenvolvimento Humano de 2011 – Sustentabilidade e equidade: um futuro melhor para todos*. 2011. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/RDHglobais/hdr\\_2011\\_pt\\_complete.pdf](http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/RDHglobais/hdr_2011_pt_complete.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2014.

RUBIN, G. *O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo*. Recife: SOS Mulher, 1993.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1994.

SIQUEIRA, N. L. Desigualdade social em saúde no Brasil. [Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito final à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais/ Sociologia] UFJF: Juiz de Fora 2011.

WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity in health. *International J. Health Services*. V. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO [World Health Organization]. *A conceptual framework for action on the social determinants of health: social determinants of health discussion paper 2*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2014.

## RESPOSTAS OU OUTRAS PERGUNTAS?

- 1 | Questão aberta.
- 2 | Questão aberta.
- 3 | O Índice de Desigualdade de Gênero (IDG) leva em conta a saúde reprodutiva, a autonomia e a atividade econômica. O IDG varia de zero a um, e quanto mais alto seu valor, maior a desigualdade entre mulheres e homens. Na figura 1 observa-se que as uni-

dades da federação brasileira cuja renda per capita é maior (SC e PR) estão mais bem situadas em termos de IDG. Porém, um dos componentes que interfere na obtenção de melhores valores para o Brasil é o pequeno número de mulheres em cargos de representação política.

- 4 | Questão aberta.
- 5 | Para trabalhar com sexo usamos condições em que a questão sexual social não influencia a ocorrência do agravo: tétano neonatal, rubéola congênita, sarampo e, para trabalhar gênero, podemos pensar em condições em que o gênero influencia a aquisição do agravo, como por exemplo, maternidade em idades precoces e violências.
- 6 | Os fatores que diferem estatisticamente entre homens e mulheres são peso, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e hipertensão, e mulheres são mais sedentárias e hipertensas.