

A desigualdade social e a condição de saúde das mulheres no município de Londrina (PR)

Social inequality and the health condition of women in the city of Londrina, state of Paraná

nathália cristina de carvalho*

Ana Patrícia Pires Nalesso**

► DOI: <https://doi.org/10.4322/principios.2675-6609.2024.169.012>



A multiplicidade de tarefas, domésticas e profissionais, que as mulheres precisam enfrentar repercute negativamente nos indicadores de saúde

RESUMO

A presente pesquisa insere-se em um projeto mais amplo em andamento, intitulado “Análise da desigualdade social em Londrina: leitura continuada articulando indicadores sociais e econômicos”, e propõe um aprofundamento que leva em conta especificidades da desigualdade de gênero e seus impactos na saúde da mulher. A premissa subjacente é que a análise e o trato dos indicadores sociais e epidemiológicos permitem a apreensão e proposição de políticas para a melhoria da condição de saúde das mulheres. Considerando que as pessoas adoecem segundo suas condições materiais de vida e que as mulheres apresentam especificidades, o objetivo desta pesquisa é compreender a relação entre a desigualdade social e as condições de saúde no município de Londrina a partir do exame de indicadores que inter cruzem a condição de gênero, aspectos de adoecimento específicos para as mulheres e os impactos resultantes do nível de acesso delas aos serviços de saúde. Em face dessas questões, ao explorar os processos relacionados à saúde das mulheres, a metodologia adotada baseou-se em uma sólida revisão bibliográfica sobre o tema, conduzindo uma pesquisa quali quantitativa, de fonte secundária. Em última análise, os resultados apontaram que, embora as melhorias nos programas e serviços de saúde tenham sido significativas, as disparidades de gênero na saúde persistem tanto em nível nacional quanto municipal.

Palavras-chave: Indicadores sociais. Saúde da mulher. Desigualdade social.

ABSTRACT

The present research is part of a broader ongoing project titled “Analysis of social inequality in Londrina: continuous reading linking social and economic indicators”. It delves into a specific field that recognizes the nuances of gender inequality and its impacts on women’s health. The underlying premise is that the analysis and handling of social and epidemiological indicators enable the apprehension and proposition of policies for improving women’s health conditions. Considering that individuals fall ill based on their material living conditions and that women have specificities, the objective of this research is to understand the relationship between social inequality and health conditions in the municipality of Londrina. This involves defining indicators that intersect with gender, specific aspects of illness for women, and the resulting impacts on the level of access to health services. Facing these issues, in exploring the health and illness processes of women, the adopted methodology was based on a robust review of the topic, conducting a qualitative and quantitative research from secondary sources. In conclusion, the results indicated that, although improvements in health programs and services have been significant, gender disparities in health persist at both the national and municipal levels.

Parte superior do formulário

Keywords: Social indicators. Women’s health. Social inequality.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde é uma constante para os brasileiros. Durante muito tempo, a saúde foi concebida como ausência de doenças físicas ou mentais. Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a reconhecer a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, rompendo com a ideia de que a saúde se limita à ausência de doença. Embora essa definição tenha sido considerada avançada na época, hoje compreendemos que a saúde não pode ser definida apenas pela ausência de enfermidades ou por uma integridade inalcançável.

Nesse sentido, a concepção de saúde foi ampliada após a promulgação da Constituição de 1988, que a reconheceu como um “direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas” (Brasil, 1988). Mais tarde, a saúde passou a ser considerada “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990), conforme o artigo 2º da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ademais, a saúde, em seus diferentes níveis, reflete a organização social e econômica do país, com diversos fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 1990). A saúde, em vista disso, deve ser analisada em sua totalidade e confrontada com a realidade em que está inserida.

Considerando que as pessoas adoecem segundo suas condições de vida e que as mulheres apresentam especificidades que vêm suscitando um olhar específico das atenções em saúde, este estudo tem como objetivo compreender a relação entre a desigualdade social e as condições de saúde das mulheres em Londrina, a partir do exame de indicadores que inter cruzam a condição de gênero, aspectos do adoecimento específicos para as mulheres e os impactos resultantes do nível de acesso delas aos serviços de saúde.

E para tanto partimos da premissa de que o gênero é um elemento que intensifica as desigualdades sociais em saúde. Conforme Barreto (2017), algumas clivagens sociais se sustentam em diferenças, como as que se dão entre homens e mulheres, transformando-se em desigualdades, especialmente quando analisamos as relações de poder, o acesso e a posse aos bens, serviços e riquezas, que são distribuídos desigualmente. O campo da saúde é frequentemente atingido por essas desigualdades, se materializando nos níveis de risco à saúde e de dificuldade de acesso ao sistema e aos serviços de saúde de qualidade.

Conforme Barreto (2017), quando as desigualdades se convertem em iniquidades, é imperativo desenvolver estratégias para formulação de políticas concretas destinadas a reduzir tais disparidades. Diante dessas questões, este artigo se organiza da seguinte maneira: primeiramente, examina os determinantes sociais do processo saúde-doença e explora a relação entre desigualdade de gênero em saúde e os papéis socialmente atribuídos às mulheres. Em seguida, analisa os processos de saúde e doença das mulheres, destacando a relevância dessa abordagem no âmbito da saúde. Para isso, nossa metodologia se baseou em uma revisão bibliográfica do tema, com ênfase na análise das condições de vida das mulheres

Priorizamos o uso de dados produzidos por fontes confiáveis, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e a Vigilância Sanitária do município de Londrina. Essa abordagem nos permite uma aproximação do real, pois qualquer tentativa de propor medidas de recuperação da saúde da mulher passa, necessariamente, pela apropriação, tratamento e análise dos indicadores epidemiológicos e sociais.

brasileiras e das principais questões de saúde que as afetam. Portanto, realizamos uma análise detalhada dos dados, incluindo indicadores sociais e informações epidemiológicas. Priorizamos o uso de dados produzidos por fontes confiáveis, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e a Vigilância Sanitária do município de Londrina. Essa abordagem nos permite uma aproximação do real, pois qualquer tentativa de propor medidas de recuperação da saúde da mulher passa, necessariamente, pela apropriação, tratamento e análise dos indicadores epidemiológicos e sociais.

2. SER MULHER E TER SAÚDE

Segundo Laurell (1982), a saúde não é apenas influenciada por fatores biológicos ou comportamentos individuais, mas também é profundamente moldada por determinantes sociais. A teoria da determinação social do processo saúde-doença se baseia na organização da sociedade, considerando os processos de reprodução social como fundamentais. Saúde e doença estão intrinsecamente ligadas ao contexto social, afetadas por fatores econômicos, históricos, culturais e sociais. Como se trata de uma relação social, aspectos como acesso aos serviços de saúde, condições de vida, distribuição de renda, emprego, educação, moradia e outros desempenham um papel significativo na saúde das pessoas. Dessa maneira, a saúde e a doença variam ao longo do tempo e espaço, dependendo do grau de desenvolvimento econômico e social de cada região. Embora tenha raízes biológicas, a natureza humana manifesta-se pela vida em sociedade.

Na sociedade moderna, a divisão de classes estabelece relações de produção e reprodução que exercem um impacto significativo no cotidiano das pessoas, influenciando

diretamente as condições de saúde e qualidade de vida. Essas relações estão intrinsecamente ligadas à hegemonia da estrutura social. De acordo com Engels (2010), a primeira divisão do trabalho ocorreu entre homens e mulheres, com o propósito de procriação. Ele também observa que a primeira opressão de classe coincidiu com a opressão das mulheres pelos homens. Essa hierarquização da divisão sexual do trabalho, centrada na instituição familiar, resultou na perpetuação da desigualdade de gênero.

As mulheres pertencentes à classe trabalhadora, ao serem designadas para o trabalho reprodutivo, acabam por prover o cuidado para suas famílias de forma não remunerada, incluindo os cuidados de saúde. Isso, por sua vez, dificulta a participação das mulheres no mercado de trabalho formal. Quando inseridas no mercado de trabalho, especialmente sob o contexto do capitalismo tardio e periférico, as mulheres brasileiras são submetidas a estruturas naturalizadas do sistema patriarcal. Sujeitar as mulheres a desempenhar certos papéis socialmente impostos, como parte do processo de acumulação de capital, é considerado necessário em um país que discrimina minorias sociológicas

para camuflar sua incapacidade intrínseca de promover justiça social, isto é, de realizar distribuição equitativa do produto social, de considerar socialmente iguais todos os seus membros e de permitir que desabrochem e desenvolvam-se todas as potencialidades de cada ser humano (Saffioti, 1978, p. 408).

Somente nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, as políticas nacionais de saúde começaram a incluir as mulheres, mas com um foco limitado às questões relacionadas à reprodução biológica, ou seja, gravidez e parto. Nessa abordagem, os programas materno-infantis eram estratégias voltadas para a proteção dos grupos mais vulneráveis, como gestantes e crianças. Assim, as mulheres eram predominantemente enquadradas em papéis sociais de mães ou donas de casa, responsáveis pela reprodução da vida, criação e educação dos filhos, bem como pelo cuidado com a saúde deles e de outros membros da família (Brasil, 2004). A subordinação da mulher à função de “mãe” contribuiu ao longo dos anos para a limitação da sua saúde ao contexto da reprodução e maternidade, deixando uma influência duradoura na maneira como as mulheres abordam sua saúde até os dias atuais.

Esses programas revelam um olhar reducionista sobre as mulheres, restringindo-lhes o acesso à saúde e priorizando a intervenção apenas nos corpos das mulheres-mães, visando à reprodução social de mão de obra (Rodrigues, 2015). No final dos anos 1970, o movimento feminista brasileiro desempenhou um papel fundamental ao destacar questões até então negligenciadas na agenda política nacional. O foco estava na denúncia das desigualdades nas condições de vida, no acesso à saúde de qualidade, na sexualidade, reprodução, contracepção, prevenção de doenças e na carga de trabalho das mulheres. Elas reivindicavam ações abrangendo aspectos econômicos, sociais, culturais e emocionais, superando a discussão de saúde restrita ao período gravídico-puerperal, tendo em vista que tais problemas de saúde eram agravados pela desigualdade de gênero. O movimento buscava transformações sociais para melhorar a qualidade de vida das mulheres como detentoras de direitos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), marcando o rompimento com os antigos pressupostos da política de saúde das mulheres e elegendo critérios prioritários nesse campo (Brasil, 1984). A implementação do Paism reformulou a atenção básica, incorporando princípios como descentra-



Maternidade do Hospital Universitário (HU) de Londrina

lização, hierarquização e regionalização dos serviços, além de promover a integralidade e equidade na assistência à saúde. Isso ocorreu durante o surgimento do Movimento Sanitário, que conceituava o SUS (Brasil, 2004).

As diretrizes gerais do programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho de equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a “clientela” pudesse apropriar-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde (Osis, 1998, p. 14).

Ao se compreender que a saúde é influenciada por fatores sociais que permeiam nossas relações sociais, a desigualdade de gênero emerge como um elemento central para a discussão da saúde da mulher. Na próxima seção, abordaremos as distintas facetas da saúde e da doença das mulheres, considerando os papéis de reprodutora, cuidadora, chefe de família e trabalhadora, reconhecendo as especificidades inerentes nesse processo.

3. MULHERES E SEUS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA: UM OLHAR SOBRE INDICADORES

Silva (2010) destaca que, para avaliar a desigualdade de gênero em saúde, consideram-se dois aspectos: a taxa de mortalidade, aferida pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2021), de cujo exame se conclui que as mulheres vivem, em média, sete anos a mais que os homens; e a morbidade, que pondera sobre o estado de saúde e a qualidade de vida dos sujeitos; em relação a este último aspecto, apesar de o índice de mortalidade

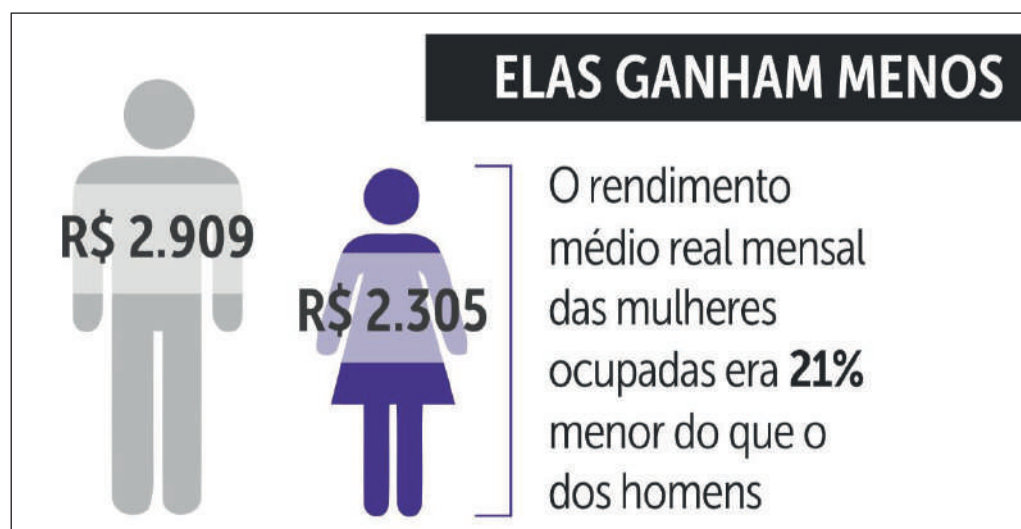
ser menor que o dos homens, as mulheres apresentam índices de morbidade mais altos, vivenciando uma qualidade de vida inferior e padrões mais precarizados.

Sob a ótica de gênero, a divisão desigual do trabalho pode fazer com que elas disponham de menos recursos e limitem o tempo disponível para cuidar da própria saúde. Outra causa da morbidade pode se relacionar às atividades laborais mal remuneradas e precárias. Essas diferenças são reflexo das 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” (Barata, 2009, p. 80).

As implicações dessa disparidade ficaram evidentes durante a pandemia da covid-19 e o agravamento da crise econômica, afetando desproporcionalmente as mulheres e prejudicando seu acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, devido à histórica menor taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho em comparação com a dos homens, elas acabam em posições de subemprego ou desemprego, o que resulta em maior precariedade socioeconômica. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) publicada pelo IBGE em 2021 ressaltou que durante o primeiro ano da pandemia de covid-19 o nível de emprego formal entre as mulheres diminuiu em 5,5 pontos percentuais em relação a 2019, acentuando a desigualdade de gênero. Embora tenha havido uma recuperação modesta em 2021, a lacuna ainda permanece significativa (IBGE, 2021).

O declínio da empregabilidade das mulheres durante a pandemia está ligado ao fato de que elas são encarregadas dos cuidados, enfrentando os desafios relacionados às suas próprias condições de saúde e às de seus familiares. Apesar de as mulheres serem a maioria da população brasileira (51,1%), ao se considerar a participação dos sexos no total de desocupados, 55,5% são mulheres e os outros 44,5%, homens; além disso, elas recebem salários 21% menores que eles (IBGE, 2022), como mostra a figura 1.

Figura 1 — Rendimento médio real mensal das mulheres e dos homens — Brasil, 2022



Fonte: IBGE (2022)

Elaboração: Dieese

A feminização da pobreza, que se intensificou sob os ditames neoliberais, está diretamente relacionada ao desmantelamento das políticas sociais em setores como educação, saúde e previdência, juntamente com a ausência de políticas que abordem eficazmente a condição de vulnerabilidade

Faz-se notável que o desemprego feminino é mais lucrativo para o capital, pois [n]as épocas de crise econômica, o sexo opera como fator de seleção dos trabalhadores, expulsando as mulheres muito mais do que os homens da estrutura ocupacional. Tomando-se a família como unidade de consumo, o desemprego feminino afeta menos o orçamento familiar do que o masculino, uma vez que o salário da mulher é, via de regra, inferior ao do homem (Saffioti, 2013, p. 493).

Além da discrepância na empregabilidade entre homens e mulheres no Brasil, a divisão de gênero no mercado de trabalho resulta em uma sobrecarga significativa para as mulheres no que diz respeito às responsabilidades domésticas e aos cuidados não remunerados. A manutenção dessa divisão sexual beneficia o sistema capitalista ao submeter as mulheres da classe trabalhadora ao trabalho reprodutivo, assegurando o cuidado de maneira não remunerada, abrangendo até mesmo os cuidados de saúde. Ademais, essa atribuição dificulta a inserção das mulheres no mercado formal de trabalho. Em contraste, os homens assalariados recebem um salário que não abrange os gastos com a reprodução da vida, pois não cobre as atividades domésticas, como lavar, passar, cozinhar e, principalmente, cuidar dos filhos e idosos. Essas responsabilidades recaem sobre os corpos femininos e seu trabalho não remunerado de cuidados.

Nessa dinâmica, as mulheres, ao ocuparem cargos de trabalhos domésticos, contribuem ativamente para a produção das riquezas socialmente produzidas, ainda que frequentemente ocupem posições com salários inferiores aos dos homens. Isso, por sua vez, resulta em maiores lucros para os empregadores. Conforme afirma Saffioti,

a inferiorização social de que tinha sido alvo a mulher desde séculos vai favorecer o aproveitamento de imensas massas femininas no trabalho industrial. As desvantagens sociais de que gozavam os elementos do sexo feminino permitiam à sociedade capitalista em formação arrancar das mulheres o máximo de mais-valia absoluta, através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos, uma vez que para o processo de acumulação rápida de capital era insuficiente a mais-valia-relativa obtida através do emprego da tecnologia de então. A máquina já havia, sem dúvida, elevado a produtividade do trabalho

humano; não, entretanto, a ponto de saciar a sede de enriquecimento da classe burguesa (Saffioti, 2013, p. 67).

No setor de serviços domésticos, as mulheres compõem 91% da força de trabalho, no entanto recebem em média 20% a menos que os empregados homens (IBGE, 2022). Quando se trata das tarefas domésticas e do trabalho de cuidado não remunerado, dados da Pnad Contínua publicados pelo IBGE em 2024 revelam que as mulheres dedicam a esses afazeres quase o dobro de tempo em comparação com os homens. Elas dedicam, em média, 21,3 horas por semana a tais atividades, contra 11,7 horas dos homens. As mulheres negras ou pardas estão ainda mais sobrecarregadas, com uma média de 22 horas semanais, em comparação com as 20,4 horas despendidas pelas brancas (IBGE, 2024).

As mulheres estão submetidas a uma maior carga de trabalho e, ao mesmo tempo, recebem salários menores. A feminização da pobreza, que se intensificou sob os ditames neoliberais, está diretamente relacionada ao desmantelamento das políticas sociais em setores como educação, saúde e previdência, juntamente com a ausência de políticas que abordem eficazmente a condição de vulnerabilidade (Brasil, 2004).

A pobreza feminina, então, é uma consequência histórica da desigualdade de gênero:

Em contextos de baixa renda, a desigualdade sexual possui canais de transmissão, na forma de estruturas sociais que perpetuam a exclusão das mulheres do convívio pleno em sociedade, inclusive do acesso à educação. Esses canais de transmissão da desigualdade são relacionados, compondo um sistema cíclico. Um exemplo desse ciclo é o casamento infantil forçado ou a gravidez precoce, que excluem as garotas da escola, impedindo-as de trabalhar posteriormente, o que torna sua renda menor ou inexistente, que por sua vez aumenta o número de filhos, diminuindo ainda mais suas chances de inserção no mercado de trabalho, da obtenção de estudo e da independência financeira, também associada à saúde física e vulnerabilidade social das mulheres (Carmo, 2019, p. 26).

Essa condição de maior fragilização das condições de vida das mulheres é sentida por elas, como revela o estudo realizado pelo IBGE (2020) apontado na tabela 1, que apresenta a autoavaliação de saúde dos homens e mulheres brasileiros, abordando um panorama geral da desigualdade de gênero em saúde.

Tabela 1 — Autoavaliação do estado de saúde em adultos (18 a 65 anos), por gênero (em %) — Brasil, 2020

Estado de saúde	Gênero	
	Homem	Mulher
Bom/muito bom	70,4	62,3
Regular	25,3	30,6
Ruim/muito ruim	4,3	7,1
Total	100	100

Fonte: IBGE (2020)

O câncer de mama e o de colo de útero envolvem questões complexas que transcendem a saúde individual das mulheres, revelando as influências da estrutura socioeconômica. Essa situação evidencia uma deficiência na prevenção das doenças, cujas estratégias deveriam abordar não apenas a disponibilidade de exames preventivos, mas também os determinantes sociais do processo saúde-doença

Ao analisar a tabela, constata-se que a vantagem é dos homens em todos os quesitos. A autoavaliação de saúde é um indicador que engloba tanto elementos físicos e emocionais dos indivíduos quanto aspectos do bem-estar e de satisfação com a própria vida (IBGE, 2020). Considerada a soma das respostas correspondentes aos estados de saúde “bom” e “muito bom”, os homens apresentam uma avaliação mais positiva que as mulheres: 70,4% contra 62,3%. Por outro lado, enquanto 7,1% das mulheres consideraram seu estado de saúde como “ruim” ou “muito ruim”, essa percepção era compartilhada por somente 4,3% dos homens. O que nos faz refletir sobre a busca por serviços médicos, pois os homens procuram atendimento de saúde sobretudo em postos de emergência e em decorrência de questões relacionadas ao trabalho ou ao seguro social. Por outro lado, as mulheres são as principais usuárias do SUS, buscando os serviços não apenas para o seu próprio cuidado de saúde, mas também para acompanhar filhos e familiares (IBGE, 2020).

Os dados corroboram a constatação de que, embora as mulheres tenham uma expectativa de vida maior do que a dos homens, estão mais propensas a adoecer e tendem a perceber sua condição de saúde como desvantajosa em relação à deles. A suscetibilidade a doenças nas mulheres da classe trabalhadora está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (Brasil, 2004).

Quanto às causas de óbito das mulheres, o *Boletim Epidemiológico*¹ (Brasil, 2021), realizado pelo Ministério da Saúde, indica que em 2019 as quatro principais foram: doenças do aparelho circulatório (DAC), como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular

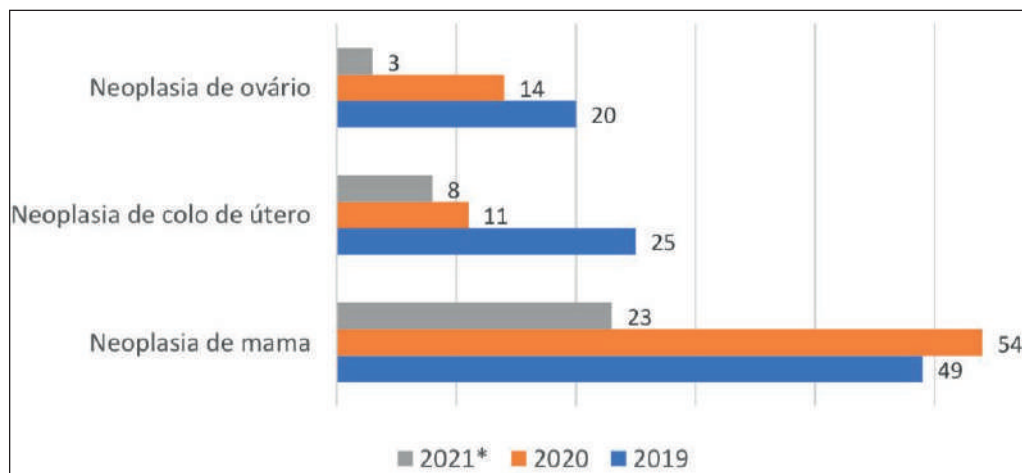
¹ O *Boletim Epidemiológico* do Ministério da Saúde calcula as taxas brutas de mortalidade segundo as causas básicas de óbito baseando-se nos capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua 10ª revisão (CID-10).

cerebral (AVC); neoplasias (tumores), entre as quais se destacam o câncer de mama e o de colo do útero; doenças do aparelho respiratório, as pneumonias; e doenças endócrinas, com destaque para o diabetes.

O câncer de mama, uma das principais causas de mortalidade entre mulheres, é uma questão de saúde pública muitas vezes difícil de prevenir e frequentemente diagnosticado tardiamente (Brasil, 2004). O acesso à saúde desempenha um papel fundamental na mortalidade, como indicado por um estudo do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) entre 2000 e 2017. O estudo enfatiza o aumento da mortalidade entre mulheres negras e pardas, destacando disparidades no acesso a políticas de saúde, prevenção e controle. Mulheres negras e pardas muitas vezes recebem diagnósticos em estágios avançados das doenças, devido a um sistema de saúde que não atende plenamente às necessidades delas, dificultando a detecção precoce e afetando a qualidade dos serviços. Ademais, após o diagnóstico, essas mulheres enfrentam atrasos no início do tratamento em razão dos desafios socioeconômicos, tanto no sistema de saúde público quanto no privado.

No que concerne ao município de Londrina, o câncer de mama tem alta incidência, sendo a primeira causa de morte das mulheres. O gráfico 1 mostra a quantidade de óbitos por neoplasias entre 2019 e 2021. Sabemos que a detecção precoce é crucial para a cura das neoplasias. Chamamos aqui a atenção para a mortalidade por câncer de colo de útero, visto que esse tipo de câncer é facilmente detectado nas suas fases iniciais e geralmente curável. Nos 5 primeiros meses de 2021, já haviam ocorrido 8 óbitos, número próximo do verificado no ano anterior inteiro, 11 (Londrina, 2021).

Gráfico 1 — Óbitos por neoplasias, por tipo de câncer — Londrina, 2019-2021



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade Municipal, 2021. *Dados até maio de 2021

O câncer de mama e o de colo de útero envolvem questões complexas que transcendem a saúde individual das mulheres, revelando as influências da estrutura socioeconômica. Essa situação evidencia uma deficiência na prevenção das doenças, cujas estratégias deve-



Usuários do SUS, maioria mulheres, formam fila para atendimento no Hospital de Olhos de Londrina (Hoftalon)

riam abordar não apenas a disponibilidade de exames preventivos, mas também os determinantes sociais do processo saúde-doença. A realidade material dessas mulheres impacta diretamente seu acesso a serviços de saúde de qualidade. Para promover o autocuidado, especialmente em se considerando que essas doenças afetam principalmente a faixa etária em que as mulheres se inserem no mercado de trabalho, é crucial implementar políticas que visem à redução das desigualdades sociais (Londrina, 2021).

Outro indicador de saúde relevante para as mulheres é a mortalidade materna, que está associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto, refletindo as desigualdades sociais e de saúde. Vale destacar que a mortalidade materna poderia ser evitada em 92% dos casos (Brasil, 2004). A inconsistência na apresentação dos dados de mortalidade materna no Brasil ocorre devido a erros no preenchimento dessas informações específicas. A falha pode ocorrer devido à falta de especificação, uma vez que a causa básica da morte, quando declarada pelo médico, não necessariamente informa se a morte estava ou não relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério (Brasil, 2021).

Em Londrina, durante os primeiros 5 meses de 2021, foram registrados 5 casos de mortalidade materna, mostrando um aumento em comparação com o ano anterior, quando ocorreram 7 óbitos, conforme apresentado na tabela 2. A análise da faixa etária revela que a mortalidade materna afeta principalmente mulheres em idade economicamente ativa e a situação no período considerado por ser reflexo da pandemia de covid-19.

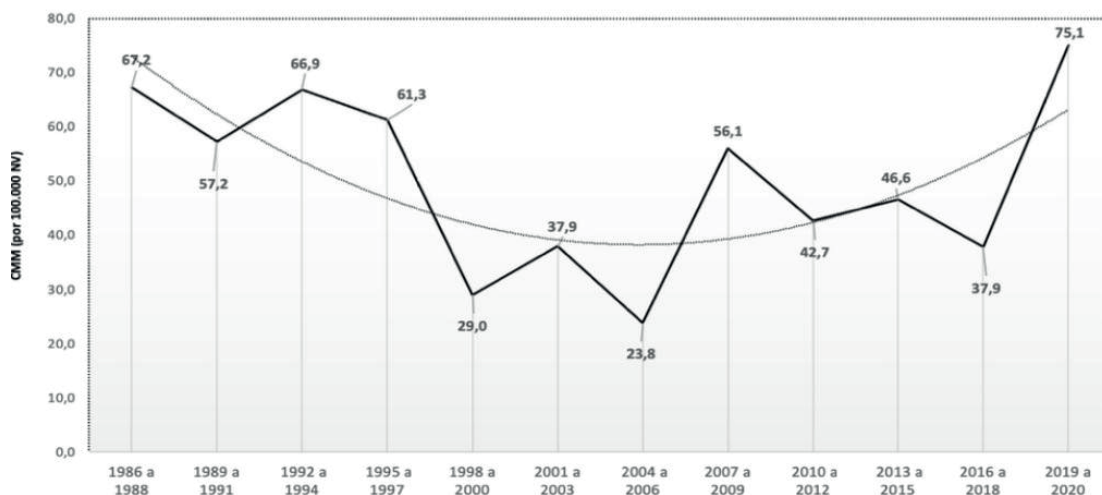
Tabela 2 — Frequência de óbitos materno, por faixa etária — Londrina, 2019-2021

Ano de óbito	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46 ou mais	Total
2019	1	1	0	0	0	1	0	3
2020	0	0	3	3	1	0	0	7
2021*	0	0	2	1	1	1	0	5

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade Municipal, 2021. *Dados até maio de 2021

No gráfico 2, abaixo, apresentamos a evolução do coeficiente de mortalidade materna a cada 3 anos em Londrina, com base em óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos. Nota-se que, desde 1986, o período de 2019 a 2020 registrou as taxas mais elevadas, atingindo um pico alarmante e indicando uma piora na situação epidemiológica. Isso pode ser relacionado à situação da atenção dada à saúde das mulheres durante a pandemia, que resultou na reorganização dos serviços e afetou diretamente o acesso às medidas de prevenção e tratamento da saúde reprodutiva feminina.

Gráfico 2 — Coeficiente de mortalidade materna (CMM), por triênio (óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos) — Londrina, 1986-2020



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade Municipal, 2021. Não há dados disponíveis para 2021

As mulheres estão sujeitas a condições de saúde precárias e possíveis doenças devido aos padrões de comportamento moldados pelos papéis de gênero e pela estrutura socioeconômica. Elas cumprem uma carga de ocupações adicional, pois muitas vezes desempenham dupla ou tripla jornada, cuidando das tarefas domésticas e dos filhos enquanto também participam do mercado de trabalho

Desse modo, a morte devido a complicações durante a gravidez, parto, aborto ou pós-parto reflete o índice de desenvolvimento humano e a eficácia dos sistemas de saúde disponíveis para a população, especialmente em relação à qualidade da prestação de cuidados à saúde da mulher durante a gravidez, parto e pós-parto. Portanto, as elevadas taxas de mortalidade materna em Londrina podem sugerir que as mulheres enfrentam desafios no acesso a serviços de saúde essenciais, possivelmente devido a barreiras geográficas, econômicas ou culturais. Outra possível razão está relacionada à feminização da pobreza, na qual as mulheres em situação de vulnerabilidade podem estar mais expostas a riscos durante a gravidez. Por último, essas altas taxas evidenciam a necessidade de melhorias nos serviços de saúde, desde a infraestrutura até os sistemas de cuidados médicos. Em suma, a mortalidade materna envolve fenômenos complexos e multifacetados, demandando uma análise minuciosa do contexto em que ocorre.

As mulheres estão sujeitas a condições de saúde precárias e possíveis doenças devido aos padrões de comportamento moldados pelos papéis de gênero e pela estrutura socioeconômica. Elas cumprem uma carga de ocupações adicional, pois muitas vezes desempenham dupla ou tripla jornada, cuidando das tarefas domésticas e dos filhos enquanto também participam do mercado de trabalho (Siqueira, 2014). Desse modo, o estilo de vida das mulheres é diferente do dos homens, e “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” (Siqueira, 2014, p. 14).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo nos aproximamos da leitura da desigualdade de gênero, ainda patente na sociedade brasileira, e buscamos descrever como essa desigualdade impacta o processo saúde e doença das mulheres, contribuindo para seu agravamento.

Em resumo, a análise revelou que as mulheres apresentam indicadores de morbidade mais elevados em razão da desigualdade de gênero na área da saúde, resultando em uma qualidade de vida inferior para elas. A distribuição desigual das responsabilidades no trabalho é o fator principal de morbidade das mulheres, uma vez que elas assumem a maior parte dos cuidados com filhos e familiares, limitando o tempo destinado a cuidar da própria saúde. Além disso, as mulheres têm menos recursos à disposição, o que contribui para o aumento da feminização da pobreza. Outro fator significativo está relacionado a empregos mal remunerados e precários, que prejudicam o acesso aos cuidados de saúde.

Doenças com maior incidência entre as mulheres, como as relacionadas ao sistema circulatório, neoplasias, problemas respiratórios e doenças endócrinas, representam um desafio significativo para a saúde pública. O câncer de mama, principal causa de morte entre as mulheres em Londrina, e o câncer de colo de útero estão diretamente ligados à dificuldade de acesso às políticas de saúde, diagnóstico, prevenção e tratamento. Um outro dado de saúde que veio à tona, a mortalidade materna, relacionada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto, não é apenas um indicador de saúde, mas também resultado da violação dos direitos humanos das mulheres, uma vez que é evitável na maioria dos casos. Essas questões refletem as condições socioeconômicas do município e vão além do bem-estar individual das mulheres.

Os dados de Londrina refletem tendências nacionais de agravamento do cenário epidemiológico, incluindo o aumento nas taxas de neoplasias e a elevada taxa de mortalidade materna. Atualmente, os recursos de saúde permitem a detecção precoce do câncer de mama, aumentando as chances de sobrevivência e reduzindo sequelas. Ademais, é importante ressaltar que a mortalidade materna pode ser evitada por meio do acompanhamento pré-natal oferecido na atenção básica e da utilização de recursos tecnológicos e conhecimentos disponíveis durante o parto, tornando-o seguro. Ao concluirmos este estudo, fica evidente que os avanços técnicos na área da saúde e as medidas de prevenção preconizadas pelo SUS podem não estar chegando efetivamente às mulheres de Londrina.

Em síntese, esses dados indicam a urgente necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde e as condições materiais de vida. Isso destaca o impacto das desigualdades sociais na eficácia dos sistemas de saúde disponíveis para a população. Portanto, é fundamental implementar políticas que visem reduzir as disparidades sociais, uma vez que as questões de saúde das mulheres estão intrinsecamente ligadas à qualidade da assistência à saúde e ao acesso a medidas de prevenção e tratamento de qualidade.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Ex-bolsista de iniciação científica (2022-2023) pelo CNPq.

** Graduada em Serviço Social pela UEL, mestra em Serviço Social: Prática Profissional e Política Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e doutora em Serviço Social e Política Social pela UEL. Professora adjunta na UEL, concentrando suas atividades principalmente em temas como serviço social, política social, medicalização e indisciplina no espaço escolar.

► Texto recebido em 2 de dezembro de 2023; aprovado em 16 de maio de 2024.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 7, p. 2097-2108, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, 2021.

CARMO, Camila Leotti Bicalho do. **Feminização da pobreza no Brasil no período 2004-2015**. 2019. 56 f. Tese (Bacharelado em Ciências Econômicas) — Departamento de Economia, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

IBGE. **Estatísticas de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

_____. **Estatísticas de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

_____. **Outras formas de trabalho 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social, 1982. In: NUNES, Everardo Duarte. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, p. 7-25, 1982.

LONDRINA. Conselho Municipal de Direitos das Mulheres. **Nota pública**: 28 de maio, Dia Internacional de Ação pela Saúde das Mulheres e Dia Nacional de Redução da Morte Materna. Londrina, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.londrina.pr.gov.br>>. Acesso em: 23 maio 2024.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Pasm: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 25-32, 1998.

RODRIGUES, Thaís Ferreira. Desigualdade de gênero e saúde: avaliação de políticas de atenção à mulher. **Revista Cantareira**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 203-216, jan.-jul. 2015.

SAFFIOTI, Heleith. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____. O trabalho feminino sob o capitalismo dependente: opressão e discriminação. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABEP, 1., 1978, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Abep, 1978.

SILVA, Fabioli Paulino. **Desigualdade de gênero em saúde no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) — Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Juiz de Fora, 2010.

SIQUEIRA, Natalia Leão. **Gênero e saúde no Brasil**: a (re)produção de desigualdades. Dissertação (Mestrado em Sociologia) — Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2014.