

**Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ
Grupo Hospitalar Conceição
Curso de Especialização em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde – ICTS**

Jane Cunha Oliveira Morales

GÊNERO E ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

**Porto Alegre
2005**

**Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ
Grupo Hospitalar Conceição
Curso de Especialização em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde – ICTS**

Jane Cunha Oliveira Morales

GÊNERO E ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

**Projeto de conclusão de curso como requisito
para a obtenção do grau de especialista.**

**Orientadores: Anna Maria Hecker Luz
Elizabeth Wartshow**

**Porto Alegre
2005**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	JUSTIFICATIVA	4
3	OBJETIVOS	5
	Geral	5
	Específicos.....	6
4	SUPORTE TEÓRICO.....	6
	4.1 Aspectos sobre Gênero.....	6
	4.2 Gênero e saúde	7
5	INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA	9
6	ACESSO	10
7	MATERIAL E MÉTODO	10
8	ASPECTOS ÉTICOS	12
9	CRONOGRAMA	13
10	ORÇAMENTO	13
	a) Pessoal	14
	b) Material	14
	REFERÊNCIAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX foram o palco privilegiado para o despertar dos estudos de gênero em diferentes áreas científicas. De comum entre elas, a constatação da exclusão ou o silêncio sobre o universo feminino.

Perspectivas várias e complementares, da filosofia à sociologia, da antropologia ao direito, vêm iluminando as origens do pensar - um sujeito histórico, universal, masculino- retratado na historiografia dos vencedores. Ao mudar o foco para uma historiografia da revolução, incorporando a atuação política dos sujeitos e das práticas cotidianas no mundo do saber, a história dos vencidos, das mulheres, crianças e loucos, dentre outros, re-configura as narrativas e dá espaço ao feminino.

No campo da saúde, também os estudos de gênero têm iluminado e colocado em discussão um modelo biomédico hegemônico. Entretanto, existem indícios claros de um movimento inverso, ou, um tratamento diferenciado para as mulheres com relação aos homens no que se refere à explicitação das políticas públicas de saúde. Mais especificamente, o manuseio de dados preliminares coletados nas unidades de atendimento básico indica uma desigualdade na utilização dos serviços de saúde, com uma predominância de atendimento de mulheres e crianças.

Paralelamente, registros do Sistema Único de Saúde (SUS), dão conta, por exemplo, que a mortalidade entre homens na faixa etária dos 19 a 45 anos continua sendo bem mais elevada do que nas mulheres. Nos homens as doenças cardiovasculares e neoplasias são predominantes, e a osteoporoses em crescimento razão pela qual, poderiam ser objeto de políticas de promoção e prevenção da saúde.

Para uma faixa etária mais baixa, a mortalidade por causas externas, como os homicídios, suicídios e acidentes, transformam esta taxa em números mais expressivos, fruto principalmente do estilo de vida, quase sempre em risco e competitivo que é assumida pelos homens.

2 JUSTIFICATIVA

A proposta deste estudo se insere no âmbito da informação científica e tecnológica em saúde.

Postula-se que estratégias apropriadas de informação e comunicação podem servir de apoio na busca de uma maior inclusão do universo masculino nas políticas e, em decorrência, na atenção à saúde em vistas das evidências que corroborem com o perfil epidemiológico produzido em uma unidade de atenção básica no programa de saúde da família com um perfil de atendimento fundamentalmente feminino.

Ao mesmo tempo, se observa um poder conferido ao homem e corroborado pela sociedade, verifica-se uma relação inversa na saúde, pois quando se olha para os saberes e fazeres no que tange ao gênero pode-se ter um novo olhar e com isto uma reorientação da prática cotidiana. Devido a isto a abordagem deste tema torna-se de grande relevância em saúde pública, e de importância em economia de saúde uma vez que as taxas de mortalidade entre os sexos por determinadas causas são distintas e principalmente, no homem referente às causas evitáveis, devido ao crescente número de violência e acidentes automobilísticos levando a todo um processo de reestruturação social e familiar, pois muitas vezes, é o único provedor familiar.

O grupo masculino é ameaçado desde o nascimento devido as taxas de mortalidade e sobrevida, e este grupo é a aquele em que a violência resulta em mais em óbito. Vários são os fatores contribuintes para esta taxa de mortalidade por violência, como por exemplo, Sentimentos de baixa auto-estima, o uso de álcool e drogas, além da insegurança que têm uma estreita relação com a violência, servindo como forma de resolução de conflitos e ou problemas. Muitas vezes, estes por não terem um amplo poder neste terreno, e este sendo de domínio quase exclusivo do gênero feminino por convenção. Com esta autorização cultural para ação de forma violenta deixa de ter cuidado consigo, referindo ser uma responsabilidade do sexo feminino.

3 OBJETIVOS

Geral

Identificar as razões do não acesso do sexo masculino aos serviços da rede básica de saúde.

Específicos

- Avaliar as condições de saúde da população masculina do território definido.
- Analisar as políticas de saúde propostas e implementadas no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS).
- Apontar evidências epidemiológicas e de políticas públicas que corroborem com o perfil de atendimento fundamentalmente feminino.

A partir do alcance dos objetivos, propor a inclusão de dados referentes ao sexo masculino na agenda de saúde da família para que se possa atuar no curso natural de determinadas patologias e assim prevenir doenças, manter e promover a saúde da população masculina e por consequência da família.

4 SUPORTE TEÓRICO

O suporte teórico da revisão da literatura se embasa em leituras sobre gênero e as condições de saúde da população masculina.

4.1 Aspectos sobre Gênero

O movimento histórico feminista iniciado nos EUA trouxe o termo gênero como novidade e aplicado sempre quando relacionado ao feminino e ainda tem sido utilizado como sinônimo deste. A categoria gênero implica em articulações do poder e onde as relações tem significado (Scott, 1995). Gênero não pode ser visto independentemente deste poder por estar em todo o lugar (Foucault, 2002) e, por sua vez tem influência tanto biológicas como ambientais (Helman, 2005). O interessante nesta estruturação são os aspectos culturais que são dados aos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais e como estes influenciam o comportamento das pessoas e suas relações com os diversos segmentos da sociedade.

Ao mesmo tempo em que houve uma transformação e uma evolução no campo da pesquisa com relação a mulher, houve um esquecimento do homens em suas práticas e uma não valorização pelas suas necessidades, produzindo assim uma separação entre mundo masculino e feminino. Esta separação indica que meninos e meninas são

socializados de modo diferente. Meninos nascem e crescem e são educados, na maioria das vezes, em ambientes estereotipados: o mundo masculino é ação expressa em poder e o feminino somente emoção, não deixando de mencionar a cultura como parte integrante deste cenário. Reproduzindo o que há muito tempo Bourdieu (1995) explica no *esquema das oposições pertinentes*, no qual a dominação masculina é evidente e legitimada, representada por tudo o que significa simbolicamente –o agradável, o permitido, o prazeroso e a exposição.

É notório que o sexo masculino não saiu impunemente deste considerado mundo premiado da masculinidade que Connell (1995) coloca como sendo uma maneira de atenção e afirmação. O que os homens fazem, como agem está diretamente, relacionado com interações sociais e com seus corpos dentro de uma dimensão sócio-econômica. Mundo este onde “rapazes não choram” e a partir daí não podem emocionar-se, não serem vulneráveis, pois do contrário, isto seria não alcançar o paraíso.

4.2 Gênero e saúde

No que se relaciona a saúde estas concepções vem rendendo ao sexo masculino muitos conseqüências tais como viver perigosamente e acreditar magicamente que não será acometido por doenças. De que o sucesso é uma meta e a sensação de urgência e o comportamento competitivo, são evidentes.

Quando se avalia o nível de atuação local devido a lógica do Programa de Saúde da Família (PSF) de ser uma nova luz na reorientação da atenção em saúde (Brasil, 1997), nota-se que o homem começa a ser barrado na porta de entrada. Nos formulários utilizados para compilar os dados referentes à assistência ambulatorial nas unidades básicas, ao não ser registrado o sexo do usuário, é o homem que está sendo excluído, pois o sexo feminino é atuante e presente.

A mortalidade geral é um dos indicadores que reflete a condição de saúde da população. No bairro Jardim Carvalho, distrito de Porto Alegre onde está inserida uma das unidades básicas que prestam atenção primária no programa de saúde da família, verifica-se que os indicadores de mortalidade geral por causas dada pelo código internacional de doenças (CID10), um padrão de mortalidade um pouco diferente relacionado com a região metropolitana.

A população deste distrito no ano de 2001 morreu mais de doenças do aparelho circulatório que inclui doenças do coração, hipertensão e IAM e que ocorre um equilíbrio entre acometimentos de homens e mulheres. Prevenção e manejo das doenças isquêmicas demanda um nível atuante e de comprometimento e de disciplina para minimizar os riscos, dietas, controle pressórico redução do consumo de álcool e o tabagismo e isto demanda uma atitude proativa inclusive de utilização dos serviços em saúde.

Quando se considera a quarta causa de mortalidade geral que é por causas externas de morbidade e mortalidade no distrito e a terceira na região metropolitana nos anos de 2001 e 2002, a diferença entre sexo, masculino e feminino é acentuada tanto no distrito quanto na região metropolitana. Em 2002, 100% dos casos de morte por causas externas, no distrito, foram do sexo masculino e 79% em Porto Alegre. Na mortalidade por causas externas, segundo dados DATASUS (Brasil, 2002), inclui homicídios.

Isto corrobora com uma estrutura de comportamento violento que Connell (1995) identifica na descrição da masculinidade, como causas de violência é o esforço de manter a qualquer custo, a posição e as regras da visão de mundo masculino, ou seja, estar conforme sua atuação frente a família, as mulheres, os grupos, acrescentando-se aí, a utilização de álcool e drogas. Estes são os ingredientes perfeitos para a resposta em forma de violência em suas relações consigo e, com os outros.

Dados do obtidos pelo DATASUS (Brasil, 2005) dão conta de que morte por doenças externas é distinta do acometimento entre os gêneros e a partir destas análises conclui-se que ser homem e estar na faixa etária de 20 a 29 ou 40 a 49 constitui-se em risco iminente desta taxa de mortalidade. No município de Porto Alegre em 2001 houve mais mortes por doenças do aparelho respiratório do que por violências, mas o desequilíbrio entre os sexos é evidente por violência, que são preveníveis.

Chama atenção o diferencial existente entre os sexos devido a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais onde inclui-se uso de álcool e substâncias psicoativas devido a o diferente percentual de morte entre os sexos e que no ano de 2002 foi de 71% e com nenhuma modificação no ano de 2001 (Brasil, 2002).

5 INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA

A desigualdade de gênero é mais uma das tantas desigualdades no país, e esta se reflete no campo da saúde e na forma como se aborda as informações referentes a esta demanda.

A partir do momento em que se têm informações elas servem para tomar decisões importantes a nível local, pois determinadas orientações e ações no território referem a particularidade daquela comunidade, tendo-se assim uma reflexão, uma avaliação e então tomadas de decisões com estas informações (Ferreira, 1999).

Na verdade o que ocorre além de dados não analisados, são dados não coletados que deixam de transformarem-se em informação. Um exemplo disso ocorre no caso dos dados coletado pelo Boletim Diário de atendimento ambulatorial que não contempla as informações relativas as diferenças de sexo dos freqüentadores da unidade. Portanto sem conseguir passar estes dados do território, não se consegue analisá-los ou poder quantificar e qualificar os atendimentos de forma organizada e sistematizada. A prática diária de uma unidade de saúde do programa de saúde da família dever ser orientado com base nas informações coletadas e gerada no próprio território, sendo identificadas as desigualdades, fazer intervenções para melhoria de uma dada comunidade.

No entanto, o que se verifica é um desconhecimento com relação a estes dados e a falta do processo que envolve a troca de informações em relação aos mesmos, muitas vezes, não sendo devolvidas para quem trabalha na ponta. Além disso, se verifica é que o homem é tão pouco visto que não é quantificado. Soma-se a isto as políticas públicas direcionadas para a falta de direcionamento para o gênero masculino. Razão pela qual introduz-se a análise das construções ideológicas que estão na implantação de programas e políticas relacionadas à saúde. Muitas vezes, verifica-se os discursos produzidos nas unidades de saúde em discordância com os produzidos em outra esfera do governo (Foucault, 1998) e com a análise do discurso produzido nestas diferentes esferas bem como, o discurso das políticas públicas implantadas - o quanto o sexo masculino está incluído na atenção a saúde.

6 ACESSO

Ter acesso à saúde implica no não impedimento do usuário para usufruir dos serviços que o sistema de saúde oferece e para tanto, os custos, normas técnicas e sua atualização devem estar adequados de acordo com suas necessidades.

Estudos revelam que o número de homens que têm acesso aos serviços de saúde é muito menor que o de mulheres e, principalmente, o acesso à prevenção de patologias. Isto ocorre por várias razões hipotéticas desde por diferenças estruturais passando pela forma diferente de educação que recebe o gênero masculino de como - ver, sentir e recepcionar suas inquietações e necessidades e, direcioná-las através da procura (Travassos, 2001).

Em termos de acesso aos serviços de saúde o que se pode observar dos dados obtidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2003 (IBGE, 2005) é que se verifica um aumento global do acesso com relação a "Amostra por Domicílio" do ano de 1998. As mulheres procuram o serviço de saúde pública, porta de entrada a unidade básica de saúde, com uma regularidade maior que os homens - 58,9% para as mulheres e 52,5% para os homens. Mesmo quando se refere à emergência como porta de entrada existe um maior re-direcionamento das necessidades em saúde compreendida pelo gênero feminino, uma vez que a procura por esta assistência é 0,6% maior do que no gênero masculino. Quando se observa a procura por um médico no último ano, as mulheres se sobressaem (71.2%) quando comparadas pelo mesmo motivo ao homem, em percentual (54,1%) (IBGE, 2005).

7 MATERIAL E MÉTODO

O tipo de estudo é epidemiológico, transversal, com análise documental de dados obtidos em registros primários e secundários oficiais.

Este projeto terá dimensão local sendo executado na Unidade Básica de Saúde localizada no Bairro Jardim Carvalho, no município de Porto Alegre que atua sob a lógica do programa de saúde da família (PSF) com território adstrito. E tem-se como participante da pesquisa a população masculina.

Para a coleta de dados e interpretação serão utilizados:

- Dados já existentes para coletas e interpretação referentes a: mortalidade por causa geral e sexo do bairro Jardim Carvalho do ano de 2001 e 2002, fornecidas pelo sistema de informação de mortalidade (SIM), sistema de vigilância em saúde da secretaria de saúde municipal de saúde (SGVS) em comparação com dados de Porto Alegre fornecido pelo DATASUS nos dados de mortalidade geral, por doenças classificadas no Código de Doenças Internacionais número 10 (CID 10), fornecidos como dados brutos.
- Em informações epidemiológicas e dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) na forma dos Dados da Amostra Nacional de Domicílios do ano base de 2003 (PNAD) como dados secundários.
- Em dados primários coletados do sistema de informação que são utilizados na unidade como: Boletim Diário de Atendimento (BDA), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), ficha de acompanhamento de diabetes e hipertensos - dados que alimentam o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), como também dados de usuários cadastrados no programa de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde e implantados nas unidades de saúde (HIPERDIA).
- Pretende-se confrontar as análises dos dados primários e secundários com análise do discurso dos programas, direcionados e implantados pelo Ministério da Saúde: os programas que a atenção básica segue para unidades de PSF; Programa HIPERDIA, Planejamento familiar e, Violência intrafamiliar.

Com base nestas informações e na análise do discurso das políticas de saúde se busca, tanto as variantes que envolvem o não acesso aos serviços de saúde, relativas ao gênero e os temas recorrentes, como o uso da linguagem oral escrita e das práticas (Pinto, 2002), deste tipo de discurso na implantação de programas de saúde. Possibilitando assim, revelar: o que se fala dos homens e para os homens; em que ponto ou em que momento os homens são representados nas políticas de saúde; onde os programas abordam e como se direcionam para os homens e; como o acesso em relação ao gênero está contemplado nas políticas públicas de saúde.

8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de perfil epidemiológico, da caracterização da população masculina referente ao acesso aos serviços públicos de saúde, será realizado a partir de dados secundários obtidos pelo sistema de informação em saúde do ministério da saúde com garantia de anonimato e com acesso pela rede, do DATASUS e dados primários obtido na unidade.

A liberação dos dados será através da Secretaria Municipal de Saúde no setor da Atenção Básica para onde são remetidos, primeiramente, os dados de unidades de PSF e pelo Centro de Vigilância Epidemiológica responsável pelo sistema de mortalidade (SIM) no estado do Rio Grande do Sul.

Estas informações encontram-se acessíveis no portal da Secretaria Municipal de Saúde não havendo identificação dos usuários e nem utilização para outros fins que não de cunho científica (Goldim, 2002).

Portanto, não há comprometimento de aspectos éticos dos dados referentes aos serviços não sendo necessário solicitação de autorização para publicação dos mesmos.

10 ORÇAMENTO*

a) Pessoal

Coordenação do trabalho ganho por horas /atividade	R\$	1.000,00
Assessoria de orientação do trabalho (2 orientadores em 3 encontros)	R\$	600,00
Equipe de campo	R\$	90,00

b) Material de Consumo

Papel (folhas A4 para impressão, cartuchos de impressora, canetas destaca texto, cartões para fichamento de livros,

c) Serviço de terceiros

Transporte.....	R\$	250,00
Xerox (cópias da pesquisa e artigos).....	R\$	640,00

c) Capital

Computadores	R\$	00,00
Calculadoras	R\$	00,00
Salas reuniões	R\$	00,00
TOTAL	R\$	2580,00

* As despesas com a execução do projeto são de responsabilidade da autora do mesmo e da instituição pagadora da qual faz parte.

REFERÊNCIAS

BORDIEU, P. **Dominação Masculina**. Educação & Realidade. Porto Alegre: V.20, n.2, p.133-184. Jul/dez, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Departamento de informação e informática do SUS - DATASUS. **Pesquisa dos Indicadores de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Departamento de informação e informática do SUS - DATASUS. **Pesquisa dos Indicadores de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONNEL, R. **Políticas da Masculinidade**. Educação & Realidade. Porto Alegre: V.20, n. 2, p.185-206. Jul/dez, 1995.

FERREIRA, S.M.G. **Sistema de informação em saúde**: conceitos fundamentais e organização. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde.NESCON/FM/UFMG: abril, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 17.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **A ordem do discurso**. 12.ed. São Paulo: Loyola, 2005.

GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Da casa, 2000.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE - Fundação Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios -2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

PINTO, M.J. Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos. 2.ed. São Paulo: Hacker, 2002.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. Porto Alegre: V.20, n.2, p.71-99. Jul/dez, 1995.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam Salud Pública**, V.11, n.5-6, p.365-373, maio/junho, 2002.