



## Artigo de Revisão

# DESIGUALDADES DE GÊNERO: UMA REVISÃO NARRATIVA

## *GENDER INEQUALITIES: A NARRATIVE REVIEW*

### **Resumo**

Amália Ivine Santana Mattos<sup>1</sup>  
Técia Maria Santos Carneiro e Cordeiro<sup>1</sup>  
Tânia Maria de Araújo<sup>1</sup>  
Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana  
– Bahia – Brasil

E-mail: teciamarya@yahoo.com.br

A constatação de desigualdades entre homens e mulheres destacada pelos estudos de gênero representou a ruptura com a tendência de se buscar no determinismo biológico a explicação para as desigualdades entre homens e mulheres. O objetivo foi discutir desigualdades de gênero sob a perspectiva das diferenças entre gênero, trabalho e saúde. Trata-se de estudo qualitativo de revisão narrativa que utilizou publicações de 1990 até 2012 em português e inglês, além de dados dos sistemas de informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As informações apresentadas revelam a necessidade de entendimento do processo de construção social das diferenças entre homens e mulheres e de como isto tem contribuído para uma distribuição desigual do poder e, conseqüentemente, de geração de desigualdades de gênero.

**Palavras-chave:** Identidade de gênero; Saúde; Trabalho; Desigualdades em saúde.

### **Abstract**

The finding of inequality between men and women highlighted by gender studies represented a break with the tendency to search on the biological determinism explanation for inequalities between men and women. The objective was to discuss gender inequality below perspective of the differences among gender, work and health. This is a qualitative study that used narrative review of publications from 1990 until 2012 in Portuguese and English, besides data information systems of the Department Informatics of the Unified Health System. The information presented reveals the need to understanding of the social construction process of the differences between men and women and how this has contributed to an unequal of power distribution and, consequently, of generation of gender inequalities.

**Key words:** Gender identity; Health; Work; Inequalities.

## Introdução

Os estudos de gênero surgiram no campo das ciências sociais a partir da década de 1970, em substituição ao que seriam denominados estudos sobre a mulher, e se constituem como um campo de pesquisa interdisciplinar cujo objetivo é compreender as relações de gênero no mundo social. A emergência desses estudos representou a ruptura com a tendência de se buscar no determinismo biológico a explicação para as desigualdades entre homens e mulheres, promovendo assim, dentre outras coisas, a superação das teorias dos papéis sexuais e da complementaridade dos sexos. Nesse sentido, a análise das desigualdades de gênero consiste na identificação de como se constituem as relações entre homens e mulheres face à distribuição de poder ou, qual a equivalência social entre os gêneros<sup>1,2</sup>.

A constatação da existência de desigualdades entre homens e mulheres apresentadas pelos estudos de gênero, é fruto da análise e interpretação dos dados estatísticos que apontam pequena representação política das mulheres e destacam seus baixos salários, banalização da violência contra a mulher e ainda a feminização da pobreza. Por outro lado, os homens apresentam indicadores precários em relação à saúde, como menor expectativa de vida, maior acometimento por doenças crônicas e expressiva mortalidade por causas externas<sup>3-6</sup>.

Analisar as desigualdades de gênero consiste em entender as relações entre homens e mulheres nos diferentes espaços da sociedade. Esse estudo teve o propósito de descrever as disparidades sociais e na situação de saúde que se manifestam entre homens e mulheres. O objetivo foi discutir as desigualdades de gênero sob a perspectiva das relações entre gênero, trabalho e saúde.

Assim sendo, este estudo parte do pressuposto de que as evidências já apontadas na literatura revelam a necessidade de compreensão do processo pelo qual se edificou a construção social das diferenças entre homens e mulheres e como isto tem contribuído ou mesmo determinado uma distribuição desigual do poder e, conseqüentemente, produzido diferenças muito expressivas entre mulheres e homens, com clara desvantagem para as mulheres.

## Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, apropriada para discutir o estado da arte de determinado assunto com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objetivo. As revisões narrativas não adotam os critérios a priori para a seleção das publicações. Tratam-se, basicamente, da interpretação da literatura existente de um determinado assunto de acordo com análise crítica pessoal do autor<sup>7</sup>.

Foram utilizados artigos, livros e manuais técnicos publicados desde o ano de 1990 até 2012 nos idiomas português e inglês, além de dados das notificações dos sistemas de informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) para retratar a situação de saúde.

O material selecionado foi lido na íntegra e os aspectos relevantes foram fichados, permitindo descrever e discutir as desigualdades de gênero, dando

visibilidade às diferenças entre homens e mulheres. Para tanto, foram desenvolvidas as seguintes categorias de estudo: diferenças entre sexo e gênero, relações entre gênero e trabalho, iniquidades e desigualdades de gênero na saúde, sexualidade e diversidades de gênero, violência de gênero e gênero e saúde pública. O Quadro 1 apresenta os teóricos e fontes de dados utilizados na discussão de cada categoria.

**Quadro 1 – Teóricos e fontes de dados selecionados por categoria de estudo**

<b>Categorias de estudo</b>	<b>Teóricos e fontes de dados (ano)</b>
<i>Diferenças entre sexo e gênero</i>	<i>Scott (1990); Laqueur (1994); Olinto (1998); Soihet (1998); Carloto (2000); Fausto-Sterling (2000); Houaiss (2001); Krieger (2003); Aquino (2006).</i>
<i>Relações entre gênero e trabalho</i>	<i>Kergoat (1996); Aquino e Menezes (1998); Carloto (2001); Lemos e outros (2005); Araújo e outros (2006); Hirata e Kergoat (2007); Bruschini (2007); Silva e outros (2010); Araújo e Rotenberg (2011); IBGE (2012).</i>
<i>Iniquidades e desigualdades de gênero na saúde</i>	<i>Scott (1990); Breilh (1998); Pinheiro e outros (2002); Rabasquinho e Pereira (2007); IBGE (2012); Datasus (2013).</i>
<i>Sexualidade e diversidades de gênero</i>	<i>Scott (1990); Krieger (2003); Cardoso (2005); Schraiber, Gomes e Couto (2005).</i>
<i>Violência de gênero</i>	<i>Schraiber, Gomes e Couto (2005); Dias e Machado (2008); Vieira (2011); IBGE (2012); Brasil (2013).</i>
<i>Gênero e saúde pública</i>	<i>Ferraz e Kraiczyk (2010); Viana e Alcântara (2011); Couto e Gomes (2012); Mello, Brito e Maroja (2012).</i>

Fonte: Elaboração própria

## Resultados & Discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos nas categorias de estudo em que foram agrupados para uma maior explanação da temática.

### *Diferenças entre sexo e gênero*

A diferença entre os termos sexo e gênero vai além das questões de vocabulário ou da simples utilização de uma palavra alternativa, uma vez que envolve processos sociais e históricos importantes<sup>8</sup>.

A discussão sobre a gênese desses conceitos nos remete a um momento anterior, por volta do século XVII. Nesse período, os órgãos reprodutivos foram diferenciados em termos linguísticos e, nesse sentido, ganharam centralidade absoluta na definição das diferenças entre homens e mulheres. A mulher, aqui, era representada como mãe ou potencialmente grávida. A produção do conhecimento envolvendo as mulheres era voltada para o ciclo gravídico-puerperal, sempre privilegiando a saúde do feto<sup>9</sup>.

A classificação de sexo naturalmente não apresentava problemas. Os órgãos genitais determinavam se o indivíduo seria homem ou mulher, o que, por sua vez, implicava no usufruto de privilégios e obrigações distintas<sup>10</sup>. Somente nos anos 1970 surgiu, com o crescimento da segunda onda do feminismo, uma crítica sistemática ao viés androcêntrico das ciências, fazendo emergir uma nova categoria que rejeitava o determinismo biológico da diferença sexual e enfatizava a construção social do masculino e feminino<sup>9,10</sup>.

Nesse sentido, a emergência do conceito de gênero surge como a manifestação de uma distribuição não equânime das responsabilidades na produção social do cotidiano. Ou seja, a sociedade impõe uma distribuição de responsabilidades que não corresponde aos desejos das pessoas, sendo que, na maioria das vezes, os critérios desta classificação são sexistas, classistas e racistas<sup>11</sup>.

De acordo com Olinto<sup>12</sup>, no início da vida, a maioria dos eventos pode ser atribuída a diferenças biológicas, ou seja, expressam aspectos fisiológicos relacionados com o sexo. Ao longo da vida, com o desenvolvimento do indivíduo e sua inserção no meio social, ocorrem interações com fatores que induzem a uma diminuição proporcional do papel do sexo em relação à categoria mais complexa, gênero.

O gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. O seu uso rejeita explicitamente as justificativas biológicas, se torna, aliás, uma maneira de indicar as construções sociais sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. Assim sendo, pode-se admitir que se trata de uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado<sup>13:07</sup>.

Sexo, por sua vez, refere-se às diferenças biológicas supostamente inatas e restringe-se às características biológicas que permitem a reprodução<sup>7</sup>. Ou ainda, de acordo com Houaiss<sup>14</sup>, o sexo é uma conformação física, orgânica, celular, que permite distinguir o homem e a mulher.

Em síntese, o sexo designa somente a caracterização genética e anatomofisiológica dos seres humanos, enquanto que o gênero é um conceito das ciências sociais relativo à construção social do sexo. Ou seja, o uso do termo expressa um sistema de relações que inclui sexo, mas que vai muito além da simples diferença biológica<sup>12,15</sup>.

Sendo o gênero um termo que se refere às convenções ligadas à cultura, papéis, comportamentos, assim como relações entre mulheres e homens<sup>15</sup>, na tentativa de exemplificar essa afirmação, traz-se à tona o que seriam expressões das relações de gênero: a segregação da força de trabalho, a discriminação de salário, as expectativas sobre conduta sexual e a violência doméstica<sup>8</sup>.

Vale ressaltar que, apesar da hegemonia masculina, o papel da mulher não deixa de ser marcante, através do que Soihet<sup>2</sup> classifica como complexos

contrapoderes, a saber: poder maternal, poder social e poder do reinado feminino. De acordo com a autora, definir os poderes femininos a partir de uma situação de sujeição e de inferioridade significa entendê-los como uma reapropriação dos instrumentos simbólicos que constituem a superioridade masculina, e utilizá-la, contra o seu próprio dominador.

### *Relações entre gênero e trabalho*

A produção científica sobre a relação trabalho e saúde ainda encontra-se limitada quanto aos aspectos relacionados a gênero, com o predomínio de estudos sobre o trabalho e a saúde dos homens e cujos achados são extrapolados para o contexto feminino. Assim, fica nítida que essa diferença está relacionada às questões de gênero, na qual, o homem é o padrão com o qual as mulheres devem ser comparadas<sup>16</sup>.

A identidade masculina está ancorada no trabalho, pois o trabalho para o homem se constitui em conduta considerada necessária para que ele possa ser reconhecido como sujeito digno e de bom caráter. Nesse sentido, o trabalho possibilita as condições necessárias para o cumprimento de deveres e obrigações dos homens, permitindo, dessa forma, que eles consigam assumir suas responsabilidades de manter, proteger e cuidar da família<sup>17</sup>.

Em contrapartida, a realidade laboral experimentada pelas mulheres sofre influências marcantes de gênero, não somente em aspectos relacionados à dupla jornada de trabalho, mas também pela distribuição dos tipos de tarefas e dos postos de trabalho. Mesmo quando as mulheres conquistam as mesmas ocupações que os homens, existem diferenças significativas: os homens ocupam os cargos mais valorizados e recebem melhores salários<sup>16</sup>.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2011, considerando a média de salário do brasileiro por sexo, as mulheres ganhavam R\$ 513,82 menos do que os homens. Quando considerada a remuneração por escolaridade, essa diferença era ainda maior: na categoria de 11 anos ou mais de estudo, os homens recebiam R\$ 761,10 a mais do que as mulheres<sup>5</sup>. A remuneração dos trabalhadores brasileiros é reconhecidamente mais baixa quando comparada à de outros países e, ainda nesse contexto, as mulheres brasileiras ganham menos do que os homens<sup>18</sup>.

A escolha profissional é, em alguma medida, imposta por expectativas normativas, definidoras de papéis que conformam um campo construído socialmente<sup>19</sup>. Ao escolherem uma profissão, os homens buscam cargos nos quais eles possam desenvolver habilidades como empreendedorismo, autonomia e liberdade. Assim, o que os homens buscam, através do trabalho, é alcançar o máximo desempenho e produtividade, o êxito profissional, o reconhecimento e recompensas. Já na esfera feminina do trabalho, o que se pode perceber é que as mulheres tendem a transferir as características femininas para a esfera pública e conciliar a vida profissional com a vida familiar. No âmbito do trabalho elas valorizam o altruísmo, a estabilidade e a qualidade de vida<sup>20</sup>.

A diferenciação de ocupações entre os sexos, tem se sustentado na dicotomia qualificação X qualidades<sup>19</sup>. Este é o cerne da divisão sexual do trabalho, que considera o homem enquanto ser qualificado, ou seja, que se

torna apto para desenvolver suas atividades na esfera pública, enquanto que a mulher apenas “desenvolve suas qualidades naturais”, reproduzindo na esfera pública aquilo que perfeitamente seria desenvolvido no âmbito doméstico. Nesse sentido, surge então a ideia de designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social<sup>21</sup>. Esse processo adquire tamanha força no contexto social que as próprias mulheres naturalizam a banalização de sua qualificação e desvalorizam seu próprio trabalho<sup>16</sup>.

A divisão sexual do trabalho está no centro do poder que os homens exercem sobre as mulheres. As relações sociais de sexo existem em todos os lugares, em todos os níveis do social<sup>1</sup>. Essa maneira de dividir o trabalho entre os sexos estrutura um amplo sistema de hierarquia, de organização e de distribuição de atribuições e responsabilidades, com rotulação de tarefas específicas para cada sexo<sup>19</sup>. Essa forma particular da divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio de separação, ou seja, existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, e o princípio hierárquico, que preconiza que o trabalho masculino ‘vale’ mais que o trabalho feminino. Assim sendo, essa divisão do trabalho decorrente das relações sociais entre os sexos é modulada histórica e socialmente<sup>21</sup>.

O termo divisão sexual do trabalho se associa, também, à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos, pois a reprodução dos papéis sexuais evidencia a natureza conflituosa da incumbência simultânea de várias responsabilidades profissionais e familiares para com as mulheres<sup>21</sup>. Assim sendo, as mulheres são consideradas como responsáveis por inúmeras atividades reprodutivas, de cuidados com a casa e com a família, e ainda são vistas como aquelas que ajudam no orçamento familiar, enquanto que os homens cabem, apenas, o papel de provedor. Desta forma, a identidade da mulher como trabalhadora vai estar sempre associada ao seu papel de reprodutora. Essa imagem básica, originária da mulher como cuidadora da família, mãe e dona-de-casa, predomina na visão tradicional de papéis ancorados no sexo, pois a imagem de trabalhador e de provedor da família, sempre vai estar associada ao homem<sup>22</sup>.

No entanto, entre os anos 2001 e 2011 percebeu-se crescimento expressivo da participação da mulher como pessoa de referência da família, conceito anteriormente definido como chefe de família. Entre os casais sem filhos houve um aumento de 13,8%, enquanto que, para os casais com filhos foi de 15,0%. Embora tenha crescido o percentual de mulheres com a responsabilidade pela família, ainda é bastante desigual o rendimento da mulher como pessoa de referência e seu cônjuge, uma vez que, a proporção de casais brasileiros com a responsabilidade feminina nos quais o homem cônjuge tem rendimento igual ou superior ao da mulher responsável é de 77,5%<sup>4</sup>.

No que diz respeito ao trabalho doméstico, este permanece uma atribuição majoritariamente feminina e a participação masculina na divisão de tarefas domésticas é inexpressiva ou pontual. Mesmo quando se inserem em atividades domésticas, os homens se envolvem apenas em tarefas específicas de maneira eventual e a título de ajuda ou cooperação, como as atividades de

manutenção, as que envolvem o controle do tempo de realização e que podem ser adiadas, como pequenos consertos, pagamentos e compras. As mulheres, por sua vez, ficam responsáveis pelo maior número de tarefas, de natureza tempo-dependentes, que precisam ser realizadas diariamente e não podem ser adiadas, como cuidar dos filhos, arrumar a casa e cozinhar<sup>18,23</sup>.

Essa divisão desigual das atividades domésticas configura a dupla jornada de trabalho, uma situação complexa e que articula diversos fatores localizados nas esferas pública e privada. As possíveis repercussões da dupla jornada de trabalho sobre a saúde também são diversificadas e, geralmente, estão atreladas a fatores como tempo insuficiente para lazer, para descanso, horas de sono e alimentação<sup>16</sup>.

Assim sendo, conforme apontam Araújo e Rotenberg<sup>19</sup>, o trabalho dos homens e das mulheres ainda mantém características muito diferenciadas na sociedade contemporânea. Desse modo, a avaliação das possíveis repercussões do trabalho sobre a vida e a saúde de trabalhadores e trabalhadoras torna-se necessária, a fim de diminuir as iniquidades e desigualdades de gênero.

### *Iniquidades e desigualdades de gênero na saúde*

A iniquidade se refere a um caráter e modo de evolução de uma sociedade que determina a distribuição e acesso desigual desde o processo que o gera até a injustiça. A desigualdade é uma expressão típica e grupal da iniquidade; expressa o contraste de uma característica ou medida produzida pela iniquidade<sup>24</sup>. Dessa forma, a desigualdade pode ser compreendida como um fator inerente do processo histórico, social e cultural e a iniquidade corresponde a uma injustiça de acesso à melhores condições de vida e saúde na sociedade, falta de oportunidade e tratamento igualitário em sociedades divergentes.

A tríade que compõe a iniquidade é formada pelo gênero, condições sociais e etnia. Esta associação sempre esteve relacionada àqueles sem poder devido a subordinação ou menor poder, que impede o domínio da propriedade dos bens e riquezas sobre uma autarquia. Por isso que a construção da vida das mulheres e dos homens nas sociedades desiguais fazem parte de uma distribuição desigual de poder<sup>13,24</sup>. Este fato pode ser percebido pela subordinação histórica da população feminina com restrição de crescimento social. Entretanto, em relação aos homens esta distribuição é diferente ao considerar que apenas os homens negros e pobres são subordinados na sociedade.

Com isso observa-se que quanto maiores são as desigualdades sociais, maiores serão as desigualdades de gênero. Nesta perspectiva, a distribuição da população brasileira difere entre os gêneros, em que a maior prevalência é de mulheres, principalmente a partir dos 30 anos. Atrelado a isso, a expectativa de vida do brasileiro (69,7 anos) é menor do que da brasileira (77,3 anos) com uma diferença aproximadamente de 7 anos, o que permanece desde 2000 até 2010<sup>4</sup>. Isto está associado à maior vulnerabilidade dos homens, ao menor acesso aos serviços de saúde e ao menor cuidado com a saúde em comparação com as mulheres.

No que se refere às internações hospitalares por causas externas na população menor que 30 anos em 2009 no Brasil, a proporção foi muito maior entre os homens (16,9%) do que entre as mulheres (6,4%). Os óbitos por causas externas são a principal causa de morte nesta mesma população, e a situação é mais grave para homens (56,4%) em todas as faixas etárias<sup>4</sup>. Esses dados remetem a situação de risco a que o homem está exposto no dia a dia, uma vez que ainda, em uma parte considerável das famílias, são os homens que trabalham e sustentam o lar e as mulheres cuidam da casa e dos filhos.

Podemos perceber que existem várias diferenças entre gênero nas sociedades industrializadas e as condições de saúde é uma delas. Segundo Pinheiro e outros<sup>25</sup> os problemas de saúde que afetam homens e mulheres são semelhantes, entretanto, as mulheres apresentam maior prevalência das doenças e isso pode estar associado aos homens procurarem menos os serviços de saúde do que as mulheres. O retrato desta situação de morbidade por internações hospitalares na Bahia, em 2012, segundo gênero evidencia que as maiores notificações para tuberculose (71,6%), transtornos mentais e comportamentais (68,0%), hanseníase (66,5%) e infarto (58,0%) são registradas entre os homens, e entre as mulheres são notificadas mais hipertensão (64,4%), doenças nos olhos (59,4%), gastrite (59,0%) e diabetes (58,3%)<sup>6</sup>. Quanto à gravidade da morbidade percebe-se que é maior entre os homens do que entre as mulheres, entretanto, isso se deve ao fato de os homens procurarem os serviços de saúde quando a situação é complexa enquanto que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, previnem e controlam a morbidade.

Em relação aos transtornos mentais e comportamentais, existe maior predisposição entre as mulheres do que nos homens: as mulheres têm apresentado mais transtornos neuróticos, de humor, enquanto que o adoecimento entre os homens está relacionado às substâncias psicoativas e uso de álcool<sup>6</sup>.

Estes indicadores têm corroborado com a idéia de gênero como uma construção psicossocial que influenciará a expressão da saúde mental. Rabasquinho e Pereira<sup>26</sup> enfatizam que as mulheres são mais socializadas para internalizar o estresse do que os homens, o que contribui para desordens como depressão, ansiedade e ideação suicida. Os homens são encorajados a expressar seu estresse e isso pode apresentar ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias psicoativas e suicídio.

Geralmente, estas diferenças são estereotipadas pela sociedade que parece aceitar mais mulheres depressivas e homens alcoólatras do que o inverso, sendo que um homem depressivo seria interpretado como sinal de fraqueza. Esta questão pode influenciar até nos diagnósticos e notificações e estarem emergindo de questões de gênero estereotipadas e históricas nas sociedades.

### *Sexualidade e diversidades de gênero*

Ao tratar de gênero cabe também discutir as questões de sexualidade, a qual se refere às convenções ligadas à cultura, papéis e comportamentos que envolvem expressões de desejo sexual, poder, emoções e outros aspectos da



posição social. Existem três componentes distintos da sexualidade: o desejo sexual, o comportamento sexual e a identidade de gênero<sup>8</sup>.

O desejo sexual é definido pela orientação sexual dos indivíduos, que lhe encaminhará para o interesse ao mesmo sexo, ao sexo oposto ou ambos. São várias as categorias de gênero que podem identificar o indivíduo: heterossexual, homossexual, lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, transexual, assexuada e pansexual. O comportamento sexual não define o sexo ou o gênero do indivíduo, a sociedade que o relaciona por questões que envolvem as diversidades sexuais e os estereótipos<sup>8</sup>. Os homens que gostam de objetos, roupas, perfumes de mulheres não deixam de ser homens, assim como as mulheres que vestem roupas masculinas não deixam de ser mulheres.

Vários atos e percepções dos indivíduos não envolvem o desejo sexual, o prazer sexual, e podem relacionar-se a opções, gostos e necessidades. Por isso, a identidade de gênero está relacionada à construção do indivíduo na sociedade, não sendo uma decorrência natural do sexo biológico<sup>13</sup>. Portanto, não é a presença de um pênis ou uma vagina que define o ser homem ou mulher, estes definem o sexo biológico do indivíduo; já o gênero será permeado pelo seu desenvolvimento na sociedade. Para Cardoso<sup>27</sup>, na sexologia, este conceito se torna abrangente e define, a partir de categorias como macho/fêmea ou intersexo, masculino/feminino ou andrógino, bissexual ou monossexual, tanto no âmbito pessoal quanto social e legal.

No âmbito destas questões, pode-se falar do heterossexismo que se refere às discriminações em relação a sexualidade, aos direitos sexuais conquistados referente aos indivíduos que se identificam pelo mesmo sexo, e também do sexismo que diz respeito a um conjunto de idéias e valores fundados na suposta superioridade de gênero<sup>8,27</sup>. Esta ideologia pode ser explicada por uma superioridade inata, que sempre atribui privilégios aos heterossexuais e ao masculino, o que coloca os homossexuais e as mulheres em segunda categoria.

Estas experiências acerca da sexualidade podem afetar a saúde por caminhos que envolvem não apenas o contato sexual, mas, a discriminação, as condutas e as condições da vida familiar e doméstica<sup>8</sup>. Atrelada a superioridade inata está à masculinidade, que gera comportamentos danosos a saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento, como a violência<sup>28</sup>. Apesar da masculinidade ser marca identitária da violência não se deve fixar estereótipos aos meninos e homens acerca do poder da masculinidade, já que esta associação gera riscos à saúde de todos envolvidos.

### *Violência de gênero*

A violência varia por gênero e no tipo de agressão sofrida. Os homens adultos sofrem mais violência física, enquanto que as mulheres adultas, física e sexual, sendo que os homens se envolvem mais com a violência relacionada ao trabalho e ao crime, e as mulheres com conflitos domésticos<sup>28</sup>. As diferenças ocorrem ainda pela posição destes indivíduos na sociedade e devido às identidades de gênero estereotipadas pela sociedade, em que o homem tem força e deve agir por impulso e as mulheres são fracas. Mas, este

tipo de violência é considerado um obstáculo para consecução da saúde sexual e reprodutiva, além de gerar comprometimentos e agravos à saúde.

Dessa forma, a violência doméstica e conjugal tem sido sempre associada à figura feminina. No entanto, Dias e Machado<sup>3</sup> destacam, com base em vários teóricos, questões controversas, segundo as quais haveria neutralidade e simetria do gênero na violência conjugal, portanto, defende-se que não há diferenças de gênero na iniciativa da violência e que a mulher pode ser tão violenta como o homem porque a situação vivenciada poderá influenciá-la. Entretanto, outros teóricos defendem que gênero e poder são a chave da violência conjugal.

Estas questões têm sido desafiadoras para chamar a atenção de que a violência conjugal não é apenas um problema de gênero e poder e que é necessário considerar o gênero para compreendê-la, ao passo que o gênero coloca a mulher em desvantagem ao homem em várias relações. Por isso, a violência é como uma estratégia de controle e de poder que é genderizada, em vez de ser algo individual ou inerente às relações íntimas<sup>3</sup>. Isso, mais uma vez reforça as questões sociais, culturais, econômicas e psicológicas que são impostas para a identidade sexual biológica feminina.

Dados do IBGE<sup>4</sup> em 2012 apontam que em cerca de 70,0% das agressões sofridas por mulheres o agressor era uma pessoa conhecida e, em 25,9% dos casos, era o cônjuge ou ex-cônjuge. Em 61,3% das denúncias registradas na central de atendimento – 180, o tipo de violência sofrida pelas vítimas foi a física. Esta situação remete a construção estereotipada da sociedade em relação ao poder masculino sobre a feminilidade, estruturando situação de subordinação, colocando a mulher mais uma vez em desvantagem.

A situação da violência homofóbica, também é um fator a ser registrado. No ano de 2012 este tipo de violência cresceu 46,0%. As vítimas foram, em sua maioria, do sexo biológico masculino (71,0%), da identidade de gênero gay (60,4%) seguido das lésbicas (37,6%), sendo o agressor em 58,9% conhecido da vítima (familiares e vizinhos). Quanto ao tipo de violência prevaleceu a psicológica (83,2%) e o motivo de violência foi a orientação sexual das vítimas (76,4%)<sup>29</sup>. A situação da violência homofóbica é semelhante a violência contra a mulher estando associado a questão do poder e da masculinidade. Entretanto, a diferença é que a homossexualidade sempre foi tida como uma doença mental e esta percepção deturpada deve ser modificada, pois os indivíduos tem o direito de escolha de sua identidade de gênero.

Diante da situação de violência e da invisibilidade da violência homofóbica e diferentes percepções, Vieira<sup>30</sup> aponta que a violência de gênero deveria ser considerada com um conceito mais amplo, englobando mulheres, crianças, adolescentes de ambos os sexos e pessoas que não possuem orientação sexual heterocentrada. Pois, a violência de gênero que envolve o meio intrafamiliar, doméstico e sexual deve ser entendida em um contexto de relações de poder entre os sujeitos.

### *Gênero e saúde pública*

O gênero é muito importante no contexto da saúde pública, por ser uma dimensão organizadora das relações sociais que produz desigualdades; assim,

a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las com vistas à promoção da equidade<sup>31</sup>. Já que é previsto, de acordo com os princípios do SUS, tratar de forma desigual aos desiguais para alcançar a integralidade da atenção à saúde.

Algumas políticas de saúde foram marcantes para o dimensionamento do gênero; a primeira, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criada em 1983, a partir de lutas pelo movimento de mulheres, ampliou a concepção hegemônica da saúde da mulher. Em 2004 ocorreram algumas modificações nesta política sendo readequada para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) por considerar as mulheres negras, lésbicas e profissionais do sexo<sup>31,32</sup>. Nesse período, as concepções de gênero ainda eram restritas às mulheres, pelo contexto de lutas e revoluções por direitos sustentadas pelo feminismo.

Outra política marcante foi a Política de DST e AIDS com o objetivo de controlar a tendência desta epidemia na população feminina na década de 90. Isso aconteceu após ações de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS em meados dos anos 80 diante da liberação gay. Este fato se constituiu como marco histórico para esta epidemia, uma vez que, relacionavam a doença apenas a população gay, entretanto, esta perspectiva foi contraditória e por isso instauraram de imediato esta política com o intuito de prevenir a população feminina.

Com isso, percebe-se que as políticas públicas relacionadas ao gênero eram voltadas apenas para as mulheres pela questão reprodutiva e também pelas lutas alcançadas pelo movimento feminista. A partir desse período surgem novas concepções na área da saúde coletiva em que a atenção ao gênero voltou-se também para os homens, sendo construído um novo leque de questões para pensar em homens e mulheres como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação<sup>31,32</sup>.

Assim sendo, pela necessidade de busca de igualdade de gênero, foi lançada em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em que os homens passaram a ser tratados como iguais e (in)visibilizados em relação às contradições e vulnerabilidades expressas pela masculinidade<sup>32</sup>. Esta política foi implantada nos serviços de saúde, adotando-se estratégias para a busca desta população por meio da mídia, entretanto, existem ainda limitações acerca das capacitações de todos os trabalhadores da saúde para o atendimento deste público, assim como o horário de funcionamento dos serviços de saúde que não condiz com a realidade da maioria dos homens, dificultando o acesso.

Outra política implantada em 2010, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais surgiu pela necessidade de singularidade desta população no âmbito do SUS<sup>31</sup>. Mas, críticas são levantadas por vários autores<sup>33,34</sup>, referente a não abordagem de cada um dos gêneros, a possibilidade estratégica de mudança nas relações de poder, além disso ainda existe um paradoxo em relação as políticas públicas, pois “se observa que nunca se teve tanto e o que há é praticamente nada”<sup>34:425</sup> quanto ao cumprimento do que foi implementado e aos direitos da população LGBT no Brasil.

Contanto, Ferraz e Kraiczky<sup>31</sup> e Couto e Gomes<sup>32</sup> apontam que o gênero deve ser tratado como transversal e na perspectiva da equidade a partir das políticas públicas que não atenda apenas as diferenças do sexo biológico, mas, que considere a dimensão social do processo de adoecimento.

### **Considerações finais**

Este estudo, apesar de ser uma revisão narrativa, buscou apresentar de forma abrangente as desigualdades de gênero a partir da literatura de 1990 até 2012. Sendo assim, firma-se um olhar diferenciado para os amplos aspectos que envolvem as questões da saúde dos diferentes gêneros. Espera-se que estudos acerca desta temática sejam realizados para proporcionar uma maior dimensão desta realidade, além de ações, estratégias e atitudes que valorizem estas desigualdades relacionadas ao gênero e contemplem os direitos pela saúde preconizada no SUS.

### **Agradecimentos**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelas bolsas de mestrado concedidas às primeiras autoras, respectivamente.

### **Colaboradores**

Santana AIC; Cordeiro TMSC contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Araújo TM contribuiu com a orientação do projeto e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida MMG contribuiu na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada.

### **Referências Bibliográficas**

1. Kergoat D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.19-28.
2. Soihet R. História das mulheres e história de gênero um depoimento. Cadernos Pagu. 1998; (11): 77-87.
3. Dias ARC, Machado C. Gênero e violência conjugal – uma relação cultural. Análise Psicológica. 2008; 4(XXVI): 571-86.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa mensal do emprego. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
6. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde – Epidemiológicas e morbidade. 2013. [Citado 2013 Dez 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>.

7. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paulista de enfermagem. 2007; 20(2): v-vi.
8. Krieger N. Genders, sexes and health: what are the connections – and why does it matter? International Journal of Epidemiology. 2003; 32: 625-57.
9. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(esp.): 121-32.
10. Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Traducción de Eugênio Portela. Madrid: Cátedra; 1994.
11. Carloto CM. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. Serviço Social em Revista. 2000; 3(2).
12. Olinto MTA. Reflexões sobre o uso de gênero e/ou sexo em epidemiologia: um exemplo dos modelos hierarquizados de análise. Revista Brasileira de Epidemiologia. 1998; 1(2): 162-9.
13. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1990; 16(2): 5-22.
14. Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.
15. Fausto-Sterling A. Sexing the body. New York: Basic Books; 2000.
16. Araújo TM, Godinho TM, Reis EJFB, Almeida MMG. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. Ciências & Saúde Coletiva. 2006; 11(4):1117-29.
17. Silva MEDC, Alvarenga WA, Silva SS, Barbosa LDCS, Rocha SS. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI. 2010; 3(3): 21-5.
18. Bruschini MCA. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. Cadernos de Pesquisa. 2007; 37(132): 537-72.
19. Araújo TM, Rotenberg L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001. Cap. 6: 131-51.
20. Lemos CG, Bueno JMH, Balão S, Silva LB, Silva PL. Carreira profissional e relações de gênero: um estudo comparativo em estudantes universitários. Boletim de Psicologia. 2005; 55(123): 129-48.
21. Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa. 2007; 37(132): 595-609.
22. Carloto CM. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. Serviço Social em Revista. 2001; 4(2).
23. Aquino EML, Menezes GMS. Para pensar o exercício da paternidade: contribuições a partir de um estudo sobre trabalho e saúde das mulheres. In: Silveira P, organizador. Exercício da paternidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 131-41.
24. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y el género. In: Breilh J, organizador. Cuerpos, diferencias y desigualdades. Bogotá: Utopica Ediciones; 1998.
25. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2002; 7(4): 687-707.
26. Rabasquinho C, Pereira H. Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. Análise Psicológica. 2007; 3(xxv): 439-53.

27. Cardoso FL. Inversões do papel de gênero: “Drag Queens”, travestismo e transexualismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18(3): 421-30.
28. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 7-17.
29. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília: Ministério da Justiça; 2013.
30. Vieira ED. Reflexões sobre violência de gênero a partir do filme preciosa. *Revista eletrônica do curso de Pedagogia do campus Jataí-UFG*. 2011; 2(11): 13p.
31. Ferraz D, Kraiczky J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2010; 9(1): 70-82.
32. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2012; 17(10): 2569-78.
33. Viana LG, Alcântara RLS. Corpos além do binário? A política nacional de saúde integral de LGBT e a inteligibilidade. In: *Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís: UFMA; 2011. [Citado 2013 Dez 14]. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas>.
34. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos pagu*. 2012; (39): 403-29.

---

**Endereço para correspondência**

Universidade Estadual de Feira de Santana  
Módulo VI, Núcleo de Epidemiologia  
Avenida Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte  
Feira de Santana – BA. CEP: 44.036-900.  
Telefone: 75 3161-8320

Recebido em 31/03/2015

Aprovado em 15/09/2015