

Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná*

Inequalities in the reproductive health of women in the State of Paraná, Brazil

Vânia Muniz Néquer Soares

Secretaria Estadual de Saúde do Paraná Universidade Tuiuti do Paraná

*Pesquisa financiada pelo NEPO/UNICAMP e Fundação FORD.
Correspondência: **Vânia Muniz Néquer Soares**. Rua Plácido Prevedello 266, Ahú, PR. E-mail: vaniam@onda.com.br

Resumo

As desigualdades sociais afetam especialmente as mulheres no mundo em desenvolvimento, com reflexos sobre a saúde das mulheres e sobre os indicadores de saúde reprodutiva. Este estudo objetiva identificar as desigualdades sociais e em saúde reprodutiva das mulheres no Estado do Paraná. Desenvolveu-se estudo ecológico cujas unidades de análise foram os municípios paranaenses agregados em áreas homogêneas segundo indicadores socioeconômicos gerais e da inserção social feminina com base nas técnicas de análise multivariada. Foram calculados os indicadores sociais de gênero a partir do banco de dados do Censo/IBGE 2000 e de saúde reprodutiva (quinquênio 1998-2002) construídos a partir dos dados dos sistemas de informação do SUS, para estes agrupamentos. Calculou-se a Razão entre Taxas para medir as desigualdades sociais de gênero e a Variância das Médias Brutas para medir as desigualdades em saúde reprodutiva das mulheres entre os grupos de municípios. Verificou-se dentre os resultados que existem profundas diferenças nos indicadores de saúde reprodutiva das mulheres entre os municípios, tanto na tipologia socioeconômica como na inserção social das mulheres. Os agrupamentos socioeconômicos 4 e 5 apresentaram em geral indicadores de saúde reprodutiva feminino mais desfavoráveis. Estes dois grupos envolvem 160 municípios (40% do total do Estado) e uma população de 1,4 milhões de pessoas. Estes municípios estão concentrados em 9 das 22 regionais de saúde do Estado. Foram identificadas diferenças sociais de gênero com desvantagens para as mulheres. O permanente dimensionamento das desigualdades em saúde reprodutiva no Paraná poderá auxiliar na tomada de decisões no sentido de revertê-las.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde. Saúde reprodutiva. Gênero. Estudo ecológico. Condições sociais.

Abstract

Social inequalities affect specially women in the developing world, with effects on reproductive and sexual health indicators. This study aims to identify both social and women's reproductive health inequalities in the State of Paraná. An ecological study was conducted, in which municipal districts were put together in homogeneous areas, following not only general socio-economic indexes but also women's social participation based on multivariate analysis techniques. Social gender indicators were calculated from Censo/IBGE 2000 (Brazilian Institute of Geography and Statistics) and reproductive health (1998-2002 period) database, which were built from information from the SUS (Centralized Health System) database. The ratio between rates was calculated to measure social gender inequalities and gross average variation in order to measure inequalities in women's reproductive health were calculated among the municipal districts. The results show that there are meaningful differences in women's reproductive health among districts in socio-economic type classification as well as in women's social participation. Socio-economic groups 4 and 5 in general present less favorable indicators of women's reproductive health. These two groups involve 160 districts (40% of the state total) and a population of 1.4 million people. These districts are concentrated in 9 of the 22 health units. Gender social differences were noticed with disadvantages to women. The permanent identification of women's reproductive health inequalities in Paraná might be a tool to help in decision-making when working to reverse these inequalities.

Keywords: Health inequalities. Reproductive health. Gender. Ecological study. Social conditions.

Introdução

A saúde reprodutiva é a pedra fundamental do desenvolvimento humano, tanto individual como social, e as autoridades públicas, estejam ou não envolvidas na prestação de serviços diretos, têm a responsabilidade de assegurar o direito à saúde reprodutiva a homens, mulheres, adolescentes e crianças e de assegurar serviços de qualidade que possibilitem a efetivação da saúde reprodutiva – ressaltam a OPAS/OMS(1998)¹.

Os conceitos de saúde sexual e reprodutiva e dos direitos sexuais e reprodutivos representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos, tornando-se um marco no processo de negociação entre movimento organizado de mulheres, governos e financiadores a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994 e reforçados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing (Pequim)²⁻⁴.

O Brasil é signatário dos documentos de consenso destas Conferências, que conclamam os países a assegurar a todas as pessoas o direito a atingir o mais alto nível de saúde reprodutiva e sexual^{4,5}.

Organizações multilaterais, governamentais, não-governamentais e a sociedade civil em geral têm se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos, e vêm sendo propostos instrumentos de acompanhamento e avaliação das metas e objetivos propostos nas Plataformas de Ação das duas Conferências, promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU)^{4,5}.

Estudos epidemiológicos que identifiquem desigualdades em saúde sexual e reprodutiva, podem contribuir para o monitoramento dos avanços na implementação destes acordos e subsidiar tanto gestores como movimentos sociais na busca de estratégias que respondam às necessidades e demandas de indivíduos e grupos em relação a sua saúde sexual e reprodutiva, e promovam a equidade.

Desigualdade em saúde é um termo genérico relativo às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos identificadas pelas diferenças na prevalência e incidência de problemas de saúde entre indivíduos e grupos de diferentes status socioeconômicos⁶.

Dimensionar as desigualdades nas condições de vida e saúde constitui o primeiro passo para o enfrentamento das iniquidades no campo da saúde. Para Schneider et al., a medição das desigualdades no campo da saúde é uma condição indispensável para análise de seus determinantes, para a elaboração de políticas de ação e para a definição e distribuição social e geográfica dos recursos e serviços de saúde visando atingir a igualdade das condições de saúde da população⁷.

No Brasil, as desigualdades são recorrentes. A má distribuição dos serviços públicos, incluindo os de saúde, a exclusão de classes, grupos sociais, raça, gênero, e a exclusão geográfica agravam e/ou geram pobreza e desigualdades^{8,9}.

Estudos apontam que no mundo em desenvolvimento são as mulheres as que mais sofrem as iniquidades sociais. O Relatório do Banco Mundial (2003), "Desafios y oportunidades para la equidad de género en América Latina y el Caribe", destaca que o número de mulheres que vivem na pobreza é superior ao de homens, e refere que os progressos na redução das desigualdades e da pobreza dependem de investimentos em educação e ações que promovam a igualdade de gênero e a oferta de serviços de saúde reprodutiva abrangente e de qualidade¹⁰.

A Organização Mundial de Saúde destaca que a saúde reprodutiva compreende não só o planejamento familiar, mas também a educação sexual, a maternidade sem risco, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, a atenção a complicações do aborto, a perspectiva de gênero, tendo portanto uma abrangência e um impacto muito mais amplo na vida familiar e no desenvolvimento humano do que apenas a contracepção¹.

A assistência à saúde das mulheres brasileiras vem apresentando avanços nas últimas décadas, mas são necessários ainda investimentos e decisão política para enfrentar os inaceitáveis coeficientes de mortalidade materna, do câncer de colo uterino e de mama, a violência doméstica e sexual, as elevadas taxas de gravidez na adolescência, o crescente número de mulheres com AIDS, o aborto em condições inseguras¹¹.

Em 2004, o Ministério da Saúde visando promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras e a ampliação do acesso aos meios e serviços de saúde em todo território brasileiro, relançou o PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1984), agora como Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, incluindo novas e amplas diretrizes de ação baseadas no enfoque de gênero¹¹. O PAISM passou então a ser um compromisso de governo vislumbrando para sua efetivação a adesão dos Estados e municípios.

A oferta da atenção à saúde sexual e reprodutiva assentada no enfoque da atenção integral nos municípios possibilitaria a otimização dos recursos disponíveis e a maior resolutividade da assistência, contribuindo desse modo para reduzir as desigualdades em saúde que ainda persistem na maioria dos Estados e municípios brasileiros.

Nesta perspectiva, o presente estudo visa identificar e medir as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde reprodutiva das mulheres entre os municípios paranaenses.

Metodologia

Desenvolveu-se um estudo ecológico transversal de caráter exploratório, cujas unidades de análise foram os municípios (n=399) agregados em áreas homogêneas segundo fatores socioeconômicos gerais e de inserção social feminina.

As desigualdades em saúde reprodutiva foram medidas para esses dois agrupamentos de municípios

Para definição dos agrupamentos de municípios utilizaram-se técnicas de análise multivariada, que permitem hierarquizar e definir agrupamentos homogêneos de unidades observacionais a partir de análise fatorial por componentes principais, e da análise de agrupamento.

Os indicadores socioeconômicos foram construídos a partir da base dos microdados do Censo Demográfico 2000, realizado pelo IBGE.¹²

Para testar estatisticamente a significância das diferenças nos níveis de saúde reprodutiva (desigualdades) entre os agrupamentos de municípios utilizou-se a análise de variância das médias brutas.

Procedimentos para definição de agrupamentos de municípios

Definiu-se que a análise dos indicadores de saúde reprodutiva das mulheres seria feita a partir de uma grade classificatória dos municípios paranaenses, obtida a partir de agrupamentos de municípios com características socioeconômicas similares, e não a divisão administrativa adotada pelo Estado (Regionais de Saúde), uma vez que a hipótese é de que as desigualdades relativas à saúde da mulher estariam relacionadas a fatores socioeconômicos.

Em uma primeira tentativa, utilizando-se análise fatorial e análise de agrupamentos, procurou-se definir os agrupamentos com base em 21 indicadores de natureza econômica, social e demográfica, relativas à situação dos municípios, e alguns indicadores específicos sobre as mulheres.

A avaliação dos resultados da análise fatorial levou a novas definições no sentido de trabalhar com um grupo mais restrito de variáveis/indicadores, eliminando-se aqueles com baixa capacidade explicativa da variabilidade dos dados.

A partir destas considerações optou-se pela construção e análise de quatro grupos de indicadores:

- grupo de indicadores socioeconômicos: selecionando-se variáveis mais

sensíveis às diferenças municipais, em termos do porte econômico e do acesso à renda pela população;

- grupo de indicadores de inserção social feminina: selecionando-se variáveis que, sendo reconhecidas pela literatura, permitam identificar o potencial de inserção social das mulheres nos municípios;
- grupo de indicadores sociais de gênero: selecionando-se variáveis relacionadas ao desempenho social de mulheres e homens;
- grupo de indicadores de saúde reprodutiva: selecionando-se variáveis ligadas à saúde reprodutiva das mulheres, possíveis de serem trabalhadas em unidades observacionais municipais e/ou agrupamentos de municípios.

Os grupos 1 e 2 foram compostos por três variáveis, que serviram à construção de dois agrupamentos homogêneos de municípios – o socioeconômico e o da inserção social feminina, que geraram cinco e quatro unidades classificatórias de municípios, respectivamente. Os resultados da análise fatorial sugeriram que Curitiba fosse tratada como uma unidade separada. O objetivo dos dois agrupamentos foi testar se, independente do nível socioeconômico dos municípios, a inserção das mulheres é diferenciada e, sendo isto constatado, se há alguma relação desta situação com as variáveis de saúde.

Os indicadores dos grupos 3 (indicadores sociais de gênero) e 4 (indicadores de saúde) foram calculados a partir destes dois grupos dos agrupamentos socioeconômico e o de inserção social das mulheres.

Os indicadores utilizados para a construção do agrupamento socioeconômico foram a percentagem de população rural, percentagem de famílias pobres (renda mensal *per capita* de até ½ salário mínimo), renda municipal *per capita* (considerando a totalidade dos rendimentos do trabalho, aposentadorias, aluguel, etc. declarados pelas pessoas de 10 anos ou mais de idade, dividida pela população total).

Estas variáveis apresentaram pela análise fatorial alta correlação entre si: positiva, no caso dos indicadores população rural e famílias pobres (69,9); negativa, em relação aos indicadores renda municipal per capita e população rural (-60,5), e renda municipal per capita e pobreza (-79,8), sendo então selecionadas para classificar os municípios, e por expressarem dimensões fundamentais da realidade social dos municípios.

Municípios com alta percentagem de população rural tendem a se caracterizar por menor dinamismo econômico e considerou-se que a dispersão espacial da população rural é um fator que dificulta o acesso aos serviços sociais, em particular aos de saúde. A renda municipal per capita foi tomada como proxy do PIB per capita, diferenciando o porte econômico dos municípios; esta proxy permite evitar, em alguns casos, o problema da magnitude deste indicador em municípios de pequeno tamanho populacional, que abrigam alguma atividade econômica com alto valor agregado (no Paraná, um exemplo desta situação registra-se no município de Araucária, sede da refinaria da Petrobrás). Por fim, avaliou-se como importante dimensionar o contingente populacional com acentuada carência de renda (as famílias pobres), sujeito a maiores dificuldades para sua manutenção.

Para o agrupamento de inserção social feminina, os municípios foram classificados a partir de três indicadores: taxa de analfabetismo funcional feminino (mulheres de 15 ou mais anos de idade com até 3 anos de estudo); percentagem de mulheres com alta escolaridade (mulheres de 15 ou mais anos de idade com 11 ou mais anos de estudo); renda média das mulheres (rendimentos do trabalho, aposentadorias, aluguel etc., declarados pelas mulheres de 15 anos ou mais de idade, dividida pelo número de mulheres dessa faixa etária que auferiam algum tipo de renda).

Ressalte-se que, inicialmente, foram selecionados nove indicadores relacionados à inserção social das mulheres, porém

os resultados da análise fatorial indicaram que as três variáveis destacadas anteriormente eram os principais discriminantes das diferenças municipais relativas às condições de inserção social das mulheres, sendo estas utilizadas para classificar os municípios. A análise de agrupamento definiu apenas quatro agrupamentos de municípios nesta tipologia, Curitiba e mais três.

A autora poderá disponibilizar aos interessados a listagem com a distribuição dos municípios segundo os agrupamentos.

Para dimensionar as diferenças sociais entre mulheres e homens (desigualdades sociais de gênero), os indicadores calculados foram: a taxa de analfabetismo funcional, taxa de alta escolaridade, renda total média, renda total de até um salário mínimo, taxa de atividade, taxa de desemprego, taxa de formalização no trabalho. A Razão entre Taxas foi utilizada para medir as desigualdades sociais de gênero.

Finalmente, para estudar as desigualdades relativas à saúde reprodutiva das mulheres, procedeu-se à seleção de um conjunto de indicadores, a partir de uma avaliação preliminar quanto à sua qualidade, uniformidade, e disponibilidade dos dados desagregados por município. Outro critério foi o destaque dos indicadores na literatura específica.

Os indicadores selecionados foram: taxa de fecundidade geral, taxa de fecundidade específica de menores de 20 anos, percentual de pré-natal inferior a seis consultas; razão de mortalidade materna, taxa de mortalidade por câncer de colo uterino; taxa de mortalidade feminina por homicídio (este indicador pode expressar indiretamente a violência contra mulher), taxa de incidência de HIV em mulheres, taxa de internamento por aborto, taxa de mortalidade precoce feminina e masculina (número de óbitos de mulheres e homens na faixa etária de 15-54 anos sobre a população feminina e masculina na mesma faixa etária x 100 mil).

Para reduzir o problema dos pequenos números e as conseqüentes distorções no

cálculo dos indicadores dos municípios menores, decidiu-se trabalhar com séries quinquenais para todos os indicadores de saúde reprodutiva, cobrindo o período 1998-2002, tomando-se como referência a população do meio do período (2000).

Os indicadores de saúde reprodutiva foram construídos a partir dos dados dos sistemas de informação do SUS, dentre eles o SIH (Sistema de Informações Hospitalares), o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), e o SINAN (Sistema de Informações sobre agravos de notificação compulsória), segundo o local de residência das mulheres.

Ressalve-se que os achados neste estudo podem ter sido em parte influenciados pela estrutura de sexo e idade das populações (não controlados neste estudo) nos diferentes agrupamentos de municípios.

Área do estudo

O Estado do Paraná possuía uma população de 9.563.458 de habitantes em 2000 e atualmente conta com cerca de 10.500.000 habitantes, está localizado na região sul do Brasil, e vem se mantendo como a quinta maior economia do país, participando com 6% do PIB nacional, sendo a agroindústria a base desta economia (IBGE, 2000). Entretanto, no ranking brasileiro do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o Paraná ocupa a sexta posição, apresentando índice inferior ao do Distrito Federal, São Paulo, aos demais estados da Região Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e Rio de Janeiro.

Dados do censo 2000/IBGE apontam ainda que 30,6% da população do Estado é constituída de famílias pobres com até ½ salário mínimo per capita, reforçando a existência de desigualdades sociais no Estado¹².

Análise do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)¹³ refere que o atual modelo econômico paranaense, embora venha se re-

velando eficiente em termos produtivos, socialmente ainda tem se mostrado incapaz de resgatar da pobreza parte da população, em especial a população rural.

O Paraná apresenta em geral indicadores tanto socioeconômicos como de saúde reprodutiva melhores que a média do Brasil. No entanto, eles pouco informam sobre a situação de cada município e das suas diversidades locais. A delimitação destas variações municipais pode subsidiar políticas e investimentos prioritários e necessários para cada município e região, com vista à melhoria destes indicadores e à concretização da equidade em saúde.

Resultados

Agrupamentos de municípios segundo condições sociais e econômicas

O agrupamento socioeconômico ficou composto neste estudo por cinco grupos homogêneos de municípios que estão descritos a seguir, conforme a Tabela 1. Os resultados deste agrupamento demonstram por si as grandes disparidades socioeconômicas entre os municípios paranaenses:

Grupo 1: corresponde ao município de Curitiba, analisado separadamente dadas as suas características peculiares, de capital do Estado, que em 2000 envolvia uma população de 1,6 milhões de pessoas, representando 16,6% do total estadual. Toda população reside em área urbana, a renda municipal *per capita* é de R\$ 619,80 e a taxa de pobreza (8,6% do total das famílias) é uma das mais baixas entre os municípios paranaenses. No entanto, o número de famílias em condição de pobreza, dado o tamanho do município, é o maior do Estado (cerca de 43 mil famílias)

Grupo 2: reúne 84 municípios e uma população de 4,6 milhões de pessoas, 48,4% do total estadual. Neste grupo encontram-se 26 dos 29 municípios com população entre 50 mil e 500 mil habitantes existentes no Estado. Os demais municípios deste grupo são bastante diversos em relação ao tamanho populacional. A

Tabela 1 - Agrupamentos de municípios segundo indicadores da tipologia socioeconômica - Paraná - 2000

Table 1 - Municipal district groups according to socio-economic type classification

GRUPOS	INDICADORES		
	População rural (%)	Famílias pobres (%)	Renda municipal per capita (R\$)
GR 1 Curitiba	0,0	8,6	619,8
GR 2 (84 municípios)			
Média	15,3	17,8	279,0
CV	78,6	20,6	17,4
Máximo	67,5	30,1	465,4
Mínimo	0,8	7,9	187,1
GR 3 (154 municípios)			
Média	31,5	27,5	207,3
CV	39,8	16,2	12,7
Máximo	80,4	37,9	307,7
Mínimo	3,7	16,4	148,9
GR 4 (108 municípios)			
Média	49,5	36,7	166,0
CV	27,7	13,5	12,2
Máximo	87,7	47,5	223,7
Mínimo	16,1	21,5	126,2
GR 5 (52 municípios)			
Média	73,6	48,3	128,8
CV	14,6	10,3	13,6
Máximo	91,7	61,2	168,2
Mínimo	52,8	36,6	86,0
Geral (399 municípios)			
Média	38,3	30,6	202,0
CV	57,5	34,4	29,9
Máximo	91,7	61,2	619,8
Mínimo	0,0	7,9	86,0

FONTE/SOURCE: IBGE: Censo Demográfico (microdados)

média das rendas municipais e das taxas de pobreza é, respectivamente, R\$ 279,00 e 17,8%; para estes dois indicadores, os coeficientes de variação (CV) são pequenos (até 20%), indicando forte homogeneidade dos municípios nestas duas dimensões.

Grupo 3: composto por 154 municípios e uma população de 1,9 milhões de pessoas, representa 20,4% da população do Estado. Do total de municípios deste grupo, 25 têm população entre 20 mil e 50 mil habitantes, 81 apresentam população inferior a 10 mil pessoas e 48 apresentam população entre 20 e 10 mil habitantes. O percentual médio de população rural

(31,5%) é o dobro do verificado no grupo 2. A média das rendas municipais e das taxas de pobreza é, respectivamente, R\$ 207,30 e 27,5%. Ou seja, embora com peso ainda expressivo de população rural, são municípios que já avançaram no processo de urbanização.

Grupo 4: os 108 municípios deste grupo reúnem 931 mil pessoas, que representam 9,7% da população estadual. Apenas 4 municípios têm população entre 20 mil e 50 mil habitantes, 75 apresentam população inferior a 10 mil pessoas, e os demais 29 têm entre 10 e 20 mil. Para a metade de seus municípios, a população residente na área rural supera os 50%. A renda municí-

pal *per capita* (R\$166,00) equivale a 1,1 salários mínimo e a taxa média de pobreza alcança 36,7%.

Grupo 5: este grupo expressa as situações mais críticas entre os municípios paranaenses: economia local inexpressiva e elevada pobreza. A renda municipal per capita (R\$128,80) não alcançava, em 2000, 1 salário mínimo, e a situação de pobreza era vivenciada por quase metade da população (48,3%). Em ¾ dos municípios mais de 60% da população é rural. Os 52 municípios deste grupo totalizam uma população de 474 mil pessoas, 5% do total estadual. Apenas 3 municípios têm população entre 20 mil e 50 mil habitantes, 38 apresentam população inferior a 10 mil pessoas, e 11 ficam no intervalo entre 10 a 20 mil habitantes.

A Tabela 2 auxilia na verificação de como os municípios foram agrupados em função dos indicadores de inserção social feminina selecionados. Identificou-se nesta análise, considerando os valores médios de cada grupo, que a taxa de analfabetismo funcional varia de 13,2% (grupo 1 - Curitiba)

a 42,2% (grupo 4); a de alta escolaridade varia de 41,6% a 11,7%; e o rendimento médio das mulheres, considerando todos os tipos de renda (do trabalho, de aposentadoria, de aluguel, entre outros), varia de R\$ 538,50 a R\$ 158,50. Os valores apresentados por Curitiba (grupo 1) destoam dos demais grupos, particularizando a situação das mulheres que aí residem. Mas as distâncias sociais também se verificam entre os demais grupos, com o grupo 2 apresentando valores médios que representam, para os indicadores de alta escolaridade e rendimento, quase o dobro do verificado no grupo 4, e a metade relativamente à taxa de analfabetismo funcional.

Com relação aos demais indicadores o sentido das distâncias sociais já não é tão nítido. Para quase todos, os valores médios dos grupos não apresentam grande discrepância (Tabela 2). A principal exceção é o indicador de adequação domiciliar, que, por se referir às condições de infraestrutura domiciliar (água, esgoto, luz e lixo) é da maior relevância para a situação de saúde. Neste caso, o valor médio dos gru-

Tabela 2 – Agrupamento de municípios segundo indicadores da tipologia inserção social feminina - Paraná – 2000
Table 2 – Municipal district groups according to women's social participation – Paraná – 2000

Grupos	Analfabetismo funcional (%)	Alta escolaridade (%)	Rendimento médio (R\$)	Taxa de atividade (%)	Taxa de desemprego (%)	Sem ou com rendimento total até 1 salário mínimo (%)	Chefes de família (%)	Crianças de 0 a 6 anos de idade que frequentam creche ou escola (%)	Domicílios urbanos adequados (%)
Curitiba	13,2	41,6	538,5	52,9	16,4	5,0	28,2	37,8	91,7
GR 2 (80 municípios)									
Média	25,2	22,3	258,5	46,6	16,9	12,7	20,3	33,1	51,9
CV	17,4	19,7	15,5	13,1	34,8	31,2	21,7	28,5	51,4
Máximo	33,4	37,0	386,8	61,4	50,4	23,9	30,3	64,9	96,2
Mínimo	12,8	11,2	187,9	33,3	5,4	5,6	7,7	18,1	0,0
GR 3 (183 municípios)									
Média	33,7	17,7	192,8	43,2	15,4	17,2	18,6	31,0	28,6
CV	12,8	20,6	12,9	16,8	36,6	21,6	29,7	32,2	88,5
Máximo	44,5	27,2	281,1	75,9	31,8	30,8	39,5	67,2	94,1
Mínimo	20,5	8,8	134,9	24,7	3,0	6,1	6,9	9,4	0,0
GR 4 (135 municípios)									
Média	42,2	11,7	158,5	39,9	14,5	16,3	15,3	22,5	15,6
CV	11,7	29,5	12,8	23,5	51,0	25,3	38,2	41,9	121,9
Máximo	56,3	19,7	239,7	66,9	35,7	27,1	38,0	52,8	84,0
Mínimo	30,3	3,1	104,4	18,1	1,0	4,9	4,9	4,3	0,0

FONTE/SOURCE: IBGE:Censo Demográfico (microdados)

pos variou de 91,7% de adequação, em Curitiba, a 15,6% no grupo 4.

Considerou-se apropriado verificar e apresentar a correspondência entre os dois agrupamentos de municípios, identificando em que medida os municípios situam-se em níveis hierárquicos similares nas duas tipologias de agrupamentos.

Verificou-se por esta análise que, para 281 municípios (70% do total estadual), há estreita correspondência entre sua posição na hierarquia socioeconômica e na de inserção feminina. Há 50 municípios que, relativamente à hierarquia socioeconômica, posicionam-se em situação inferior na tipologia inserção feminina. Por outro lado, há 68 em que as condições de inserção feminina melhoram com relação ao posicionamento socioeconômico geral; porém, apenas em 3 municípios essa mudança é expressiva: situam-se em um grupo de baixo status socioeconômico (grupo 4), mas alto com relação à inserção social feminina (grupo 2).

A distribuição espacial dos municípios segundo seu posicionamento classificatório nas duas tipologias, considerando os limites das Regionais de Saúde (divisão administrativa do estado para área da saúde), permitiu ainda verificar que os municípios com piores condições socioeconômicas e de inserção social das mulheres estão concentrados na 5ª Regional de Saúde - Guarapuava, 22ª Regional de Saúde - Ivaiporã, 12ª Regional de Saúde - Umuarama, 11ª Regional de Saúde - Campo Mourão, 10ª Regional de Saúde - Cascavel, 2ª Regional de Saúde - Metropolitana/ Curitiba, 8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão, 19ª Regional de Saúde - Jacarezinho, 21ª Regional de Saúde - Telêmaco Borba.

Desigualdades sociais de gênero medidas a partir do agrupamento socioeconômico de municípios

Identificou-se que no Paraná estão presentes desigualdades sociais entre mulheres e homens nos cinco agrupamentos de municípios e para praticamente todos os

indicadores analisados.

A Tabela 3 demonstra que a Razão de Taxas entre mulheres e homens relacionadas ao analfabetismo funcional foi maior para as mulheres em todos os grupos de municípios, sendo esta diferença um pouco maior em Curitiba (1,3 vezes maior para as mulheres). Este nível de analfabetismo é em geral observado no grupo de mulheres e homens mais idosos, que tiveram menor acesso à escola.

Em relação às taxas de escolaridade mais altas (acima de onze anos de estudo), as mulheres ultrapassaram as taxas dos homens, estes atingiram 22,8% e as mulheres 24,7%. A razão de taxas deste indicador foi mais elevada no grupo 5 (1,4 vezes maior para as mulheres), com população mais rural e piores condições socioeconômicas. Este fato pode estar associado ao maior abandono escolar dos meninos destas regiões para trabalhar e ajudar no sustento das famílias.

Embora as mulheres tenham alcançado e até superado o nível de escolaridade em relação aos homens, estas continuam ganhando menos do que os homens, como demonstram os indicadores de renda total média. A razão de taxas de 0,6 em quase todos os grupos de municípios demonstra que as mulheres no Paraná tinham um rendimento médio que correspondia a 60% dos rendimentos dos homens.

Também o percentual de ausência de rendimento ou rendimento inferior a um salário foi maior entre as mulheres (11,7%) em relação aos homens (7,9%) no Estado como um todo. A razão de taxas segundo o agrupamento de municípios foi 1,8 vezes maior para as mulheres em Curitiba e 1,2 vezes no grupo cinco, mostrando maior número de mulheres sem remuneração ou com remuneração muito baixa, na Capital, onde os homens devem ter preferência na ocupação dos postos de trabalho melhor remunerados.

As taxas de atividade demonstram também as desigualdades de gênero; enquanto mais de 80% dos homens acima de 15 anos estavam no mercado de trabalho,

Tabela 3 - Indicadores sociais de gênero e razão de taxas entre mulheres e homens(m/h) segundo os agrupamentos socioeconômicos de municípios - Paraná – 2000

Table 3 - Gender social indicators and ratio of rates between women and men in socio-economical municipal district groups - Parana – 2000

Indicadores	Curitiba	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Paraná
Analfabetismo funcional – razão de taxas m/h	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,1
Homens- taxa de analfabetismo funcional - %	10,4	20,2	30,2	35,1	39,5	23,0
Mulheres- taxa de analfabetismo funcional - %	13,2	23,8	32,7	37,1	41,6	25,6
Alta escolaridade – razão de taxas m/h	1,0	1,1	1,2	1,2	1,4	1,1
Homens- com alta escolaridade- %	42,7	23,2	15,3	10,6	7,2	22,8
Mulheres- com alta escolaridade- %	41,6	24,7	17,9	13,0	9,8	24,7
Renda total média - razão de taxas m/h	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6
Homens- rendimento total médio- R\$	933,07	511,89	351,68	288,27	241,27	516,08
Mulheres- rendimento total médio- R\$	538,50	288,94	208,65	178,05	170,20	313,08
Renda total até 1 sm - razão de taxas m/h	1,8	1,6	1,3	1,3	1,2	1,4
Homens- sem ou com rendimento total até 1 sm - %	2,8	6,5	12,1	12,6	11,3	7,9
Mulheres- sem ou com rendimento total até 1 sm - %	5,0	10,2	16,2	16,0	13,7	11,1
Taxa de atividade - razão de taxas m/h	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6
Homens de 15 ou + anos de idade - taxa atividade - %	81,2	83,0	81,5	81,8	82,1	82,2
Mulheres de 15 ou + anos de idade - taxa atividade - %	58,0	53,5	48,0	44,6	45,2	52,1
Taxa de desemprego - razão de taxas m/h	1,4	1,6	2,0	2,2	2,2	1,7
Homens de 15 ou + anos de idade - taxa desemprego %	11,7	10,6	8,4	6,4	4,9	9,6
Mulheres de 15 ou + anos de idade - taxa desemprego - %	16,4	17,4	16,5	14,3	10,8	16,5
Taxa de formalização do trabalho- razão de taxas m/h	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,1
Homens - taxa formalização- %	54,1	48,0	36,7	26,9	17,7	43,0
Mulheres - taxa formalização- %	58,5	50,2	38,9	30,3	21,6	47,1

FONTE/SOURCE: IBGE - Censo Demográfico (microdados)

apenas 52% das mulheres estavam em atividade. As mulheres apresentam taxas de desemprego maiores: cerca de duas vezes superior a dos homens no Paraná como um todo, e atenuando um pouco as diferenças em Curitiba, onde a razão de taxas de desemprego foi 1,4 vezes maior. Quanto à formalização do trabalho (com carteira de trabalho assinada), as mulheres têm pequena vantagem, com cerca de 1,1 vez mais emprego formal do que os homens, sendo as taxas baixas para ambos (menos de 50%).

Desigualdades em saúde reprodutiva segundo os agrupamento socioeconômico e de inserção social feminina nos municípios

É importante destacar que o Paraná,

conta com boa cobertura e qualidade de informações no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações de Nascidos Vivos, segundo critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

A cobertura do SIM no Estado foi de 94,24% dos óbitos em 2002, com apenas 4,6% dos óbitos notificados com causa mal definida. A média de causas de óbitos mal definidas variou de 2,5% no grupo 1 (Curitiba) a 7,7% no grupo 5. Ressalte-se que, em 21 municípios (5% do total do Estado), as causas mal definidas ultrapassaram 20% em 2002, sendo todos dos grupos 4 e 5, o que pode interferir no cálculo dos indicadores que envolvem mortalidade nestes grupos. A cobertura de captação de nascimento (SINASC) no Estado foi de 88,95% em 2002¹⁴.

Os indicadores de saúde reprodutiva

selecionados calculados para cada agrupamento socioeconômico estão demonstrados na Tabela 4.

Com base nestes indicadores foi possível identificar disparidades nos níveis de saúde reprodutiva entre os grupos socioeconômicos de municípios, evidenciando desigualdades de saúde entre as mulheres paranaenses.

Verificou-se que as taxas de **fecundidade geral e específica** por idade de menores de 20 anos se elevam nos grupos de municípios com piores condições socioeconômicas, sendo a taxa de fecundidade geral cerca de 1,3 vezes maior no grupo 5 em relação à taxa de Curitiba e 1,2 vezes maior que a do grupo 2, assim como a fecundidade específica de 10-19 anos foi 1,2 maior vezes no mesmo grupo 5 e 1,3 no grupo 4 em relação a Curitiba.

O percentual de **pré-natal** com menos de seis consultas foi bastante superior nos

grupos de municípios menos desenvolvidos, sendo que em média mais de 30% das mulheres tiveram um número inferior a seis consultas de pré-natal nos grupos 3 e 4, e mais de 50% no grupo 5.

A taxa de internações hospitalares por **aborto** foi menor nos grupos de municípios menos desenvolvidos, cerca de 7 vezes (1,47 por 1000 NV no grupo 5 contra 8,88 por 1000 NV em Curitiba).

Em relação ao **HIV**, no período estudado as maiores taxas de incidência no sexo feminino ocorreram no grupo de municípios considerados mais desenvolvidos, e conseqüentemente nas cidades de maior porte. A taxa de incidência de HIV no sexo feminino foi cerca de 19 vezes maior em Curitiba em relação ao grupo 5, e a do grupo 2 foi 9 vezes maior em relação a este mesmo grupo. Em 2002, 220 municípios (55% dos 399) não notificaram casos de HIV em mulheres.

Tabela 4 – Indicadores de saúde reprodutiva nos agrupamento socioeconômico de municípios – Paraná – 1998-2002.
Table 4 – Reproductive health indicators in the socio-economic municipal district groups – Paraná – 1998-2002.

Indicador	Média por Grupo					VARIÂNCIA*	
	Curitiba	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	f	p
Fecundidade geral (por 1000 mulheres de 15 a 49 anos)	290,28	326,26	330,82	359,60	389,25	18,89	0,01
Fecundidade específica de 10-19 anos (por 1000 mulheres de 10-19 anos)	183,92	211,28	222,89	232,65	216,37	2,02	0,11
Percentual de Pré-natal < 6 consultas (%)	18,67	27,72	33,84	38,83	53,18	29,39	0,01
Taxa de internações por aborto (por 1000 N.V.)	8,88	6,59	2,57	1,28	1,47	17,77	0,01
Incidência de HIV/feminino (por 100 mil mulheres)	108,78	52,30	17,86	11,43	5,71	18,41	0,01
Razão de mortalidade materna (por 100 mil N.V.)	45,25	63,57	82,10	112,12	94,86	080	0,49
Coefficiente mortalidade por câncer de colo uterino** (por 100 mil mulheres)	44,65	44,94	39,33	32,31	25,48	4,37	0,01
Coefficiente mortalidade por homicídio feminino (por 100 mil mulheres)	19,48	18,21	18,17	22,64	19,77	1,70	0,16
Coefficiente mortalidade precoce feminino (por 100 mil mulheres de 15-54 anos)	766,34	795,66	832,51	841,78	797,68	1,57	0,19
Coefficiente mortalidade precoce masculino (por 100 mil homens de 15-54 anos)	1786,03	1875,25	1780,42	1612,42	1551,85	5,25	0,01

FONTE/SOURCE: SIM, SINASC, SIH, SINAN/SESA-PR - elaborada pela autora; * análise da variância das médias brutas, a nível de $p < 0,05$ [*analysis of variance of gross averages with $p < 0,05$]; ** inclui mortalidade por câncer de útero porção não especificada

A **mortalidade materna** é considerada um dos principais indicadores de desigualdades sociais e em saúde. Os dados deste estudo mostram que, no quinquênio estudado, a mortalidade materna foi 2 a 3 vezes maior nos grupos de municípios mais pobres. A razão de mortalidade materna (RMM) do Paraná no quinquênio 1998-2002 foi calculada em 70,64 por 100 mil nascidos vivos.

O coeficiente de mortalidade por **câncer de colo uterino** (incluindo câncer de colo do útero e útero porção não especificada) apresentou-se maior em Curitiba (44,65 óbitos por 100.000 mulheres) e no grupo dois (44,94) do que nos municípios menos desenvolvidos. O grupo 5 (25,48) apresentou resultado inesperado.

A taxa de **homicídio** foi selecionada como um indicador indireto para se analisar a violência contra mulher, uma vez que poucos municípios possuem serviços para atendimento às mulheres que sofrem violência e possuem informações sobre as vítimas desta violência. Apenas Curitiba e Londrina possuem serviços organizados para este tipo de atendimento. As taxas de homicídio no sexo feminino apresentaram-se homogêneas em todos os agrupamentos.

As taxas de **mortalidade masculina precoce**, aqui estudadas como um diferencial de gênero em relação a saúde das mulheres, demonstraram que estas foram em média 2,2 vezes maior para os homens do que para as mulheres, o que pode estar relacionado no caso dos homens a causas externas (acidentes e violência urbana). As taxas de mortalidade precoce de homens apresentaram redução constante do grupo 1 para o grupo 5 (1,1 vezes menor neste último), com diferenças estatisticamente significativas. Já as taxas de **mortalidade precoce feminina** apresentaram uma elevação na mesma direção do grupo 1 para o grupo 5, podendo esta mortalidade precoce estar relacionadas as precárias condições da saúde reprodutiva das mulheres nas regiões mais pobres.

Finalmente, procedendo-se a análise

da variância das médias brutas a um nível de probabilidade $p < 0,05$, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os agrupamentos socioeconômico dos municípios para seis indicadores: taxa de fecundidade geral, percentual de pré-natal menor que seis consultas, taxa de internações hospitalares por aborto, incidência de HIV feminino, coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino, e coeficiente de mortalidade precoce masculino.

Quando são analisados os mesmos indicadores de saúde reprodutiva, segundo os **agrupamentos da inserção social feminina**, na Tabela 5, identifica-se que houve diferença estatisticamente significativa das médias para fecundidade geral, cobertura de pré-natal, internação hospitalar por aborto, taxa de incidência por HIV e a mortalidade precoce de homens; totalizando cinco dos dez indicadores.

Isto demonstra que, nos municípios com piores condições de inserção social feminina, a fecundidade geral é maior e a cobertura de pré-natal é mais baixa. As taxas de internação por aborto, a incidência por HIV feminina e a mortalidade precoce de homens foram maiores nos grupos de municípios com melhores condições de inserção social feminina, semelhante ao da tipologia socioeconômica. Diferentemente do agrupamento socioeconômico, o coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os agrupamentos de municípios.

Discussão

Este estudo procurou concretizar aquilo que Schneider et al. apontaram como o primeiro passo para a caracterização das iniquidades no campo da saúde, qual seja, postular o problema e procurar dimensioná-lo, neste caso tomando em consideração a realidade social e de saúde reprodutiva no Estado do Paraná⁷.

A definição das tipologias dos agrupamentos de municípios permitiu verificar

Tabela 5 – Indicadores de saúde reprodutiva nos agrupamento de municípios na tipologia da inserção social feminina - Paraná - 1998-2002.

Table 5 - Reproductive health indicators in municipal district groups as to type of women's social participation - Paraná-1998-2002.

Indicador	Média por Grupo				VARIÂNCIA*	
	Curitiba	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	f	p
Ifecundidade geral (por 1000 mulheres de 15 a 49 anos)	290,28	329,92	333,24	357,75	11,16	0,01
Fecundidade específica de 10-19 anos (por 1000 mulheres de 10-19 anos)	183,92	212,07	222,13	226,33	2,28	0,05
Percentual de Pré-natal < 6 consultas (%)	18,67	28,80	33,40	46,52	15,94	0,01
Percentual de internações por aborto (por 1000 N.V.)	8,88	6,51	2,30	1,35	30,98	0,01
Incidência de HIV/ feminino (por 100 mil mulheres)	108,78	50,05	22,19	9,09	24,08	0,01
Razão de mortalidade materna (por 100 mil N.V.)	45,25	64,36	84,77	105,49	1,56	0,21
Coefficiente mortalidade por câncer de colo uterino** (por 100 mil mulheres)	44,65	45,19	36,90	31,72	1,71	0,18
Coefficiente mortalidade por homicídio feminino (por 100 mil mulheres)	19,48	18,57	19,01	19,34	0,67	0,51
Coefficiente mortalidade precoce feminino (por 100 mil mulheres de 15-54 anos)	766,34	797,28	829,95	821,26	0,25	0,78
Coefficiente mortalidade precoce masculino (por 100 mil homens de 15-54 anos)	1786,03	1881,19	1730,79	1619,86	3,39	0,03

FONTE/SOURCE: SIM, SINASC, SIH, SINAN/ SESA PR - elaborada pela autora; *análise da variância das médias brutas, a nível de $p < 0,05$ [*analysis of variance of gross averages with $p < 0,05$*]; ** inclui mortalidade por câncer de útero porção não especificada

que há profundas diferenças entre os municípios nas duas dimensões estudadas, tanto na tipologia socioeconômica como na inserção social das mulheres, e evidenciou-se paralelamente que existe uma correspondência quanto ao posicionamento dos municípios nas duas tipologias, indicando que as condições de inserção social das mulheres estão ligadas ao maior ou menor nível de desenvolvimento dos municípios.

No dimensionamento das diferenças sociais de gênero identificou-se, de modo geral, que as mulheres tendem a se apresentar em situação mais desfavorável em todos os agrupamentos socioeconômicos. Foi constatado que as diferenças de gênero não apenas estavam presentes também nos municípios menos desenvolvidos, como se concretizavam a partir de níveis de carência muito mais acentuados, reafirmando a correspondência entre o nível de desenvolvimento socioeconômico municipal e as diferenças sociais de gênero.

A incorporação da equidade de gênero

nas políticas públicas é fundamental para melhorar a qualidade da atenção à saúde e as condições de vida de mulheres e homens.

Os indicadores estudados permitem afirmar que as mulheres no Paraná conseguiram avanços importantes em termos de educação e acesso ao mercado de trabalho formal. No entanto, ainda há muito a fazer para reduzir a pobreza, as desigualdades sociais e de gênero, considerados obstáculos para o desenvolvimento pleno das regiões e da saúde reprodutiva das mulheres. Evidenciou-se neste estudo que existe uma maior proporção de mulheres fora do mercado do trabalho ou com renda inferior a 1 salário mínimo, e que os salários das mulheres são bastante inferiores aos dos homens, situações que representam segregação ocupacional e discriminação salarial, sendo estas manifestações de processos de exclusão social e de gênero.

Diversos estudos têm apontado a relação entre as desigualdades sociais e de

gênero e a maior vulnerabilidade das mulheres à violência doméstica e sexual, às infecções por DST e AIDS, à gravidez indesejada, entre outros agravos relacionados à saúde reprodutiva¹⁵⁻¹⁷.

A análise dos indicadores de saúde reprodutiva das mulheres neste estudo demonstrou a existência de desigualdades entre os agrupamentos de municípios, porém as situações críticas variavam entre um extremo e outro da hierarquia entre os grupos. Em alguns casos, como os de fecundidade e de atenção à gestação e parto, são os municípios menos desenvolvidos que apresentam situação relativamente desfavorável. Já em relação à incidência de HIV e de câncer de colo de útero, a situação se inverte, com os níveis mais críticos aparecendo nos municípios mais desenvolvidos.

Não foi possível dimensionar, no caso do câncer de colo de útero, se o resultado observado está relacionado às falhas no registro da causa básica de óbito, uma vez que os municípios dos agrupamentos 4 e 5 menos desenvolvidos, que apresentaram menores taxas de mortalidade, detinham o maior número de municípios com elevado percentual de causas mal definidas nas declarações de óbito, e se estas falhas estariam associadas à falta de diagnóstico desta patologia. Por outro lado, no agrupamento homogêneo de municípios pela inserção social feminina, não foi estatisticamente significativa a diferença entre as taxas entre os quatro grupos de municípios. O que parece estar influenciando ainda a alta mortalidade por câncer de colo do útero no Estado em todas as regiões, são os fatores ligados ao acesso à detecção e tratamento precoces desta patologia, e não exclusivamente os fatores socioeconômicos.

O Ministério da Saúde (2004) analisou o comportamento temporal da mortalidade por câncer de colo do útero entre os anos de 1981 e 2001, e evidenciou que os riscos aumentaram apenas na Região Sul do Brasil, enquanto nas demais regiões do país mostraram estabilização ou declínio. A Região Sul foi a segunda região com mai-

or mortalidade na faixa etária de 30 a 64 anos em 2001, ficando atrás apenas da Região Norte. Ressaltou-se, ainda na publicação, a necessidade de novas análises para compreender este fato¹⁸.

Analisando a série histórica da mortalidade por este tipo de câncer entre 1999 e 2003 no Paraná, verifica-se uma estabilização no número e nas taxas de óbitos desde a implantação do Programa Estadual de Prevenção do Câncer Ginecológico em 1998, ficando próximo a 6,00 óbitos por 100.000 mulheres (excluído o câncer de útero porção não especificada)¹⁹.

A incidência do HIV no sexo feminino no período estudado se concentrava nos grandes centros urbanos e nos grupos de municípios mais desenvolvidos, embora já se iniciasse neste período em todo território nacional uma tendência confirmada pelo Ministério da Saúde e diversos estudos, de interiorização, pauperização e feminização da epidemia da Aids^{20,21}.

Inicialmente, o adensamento populacional dos grandes centros urbanos brasileiros facilitou a disseminação devido à maior oportunidade de contato com vírus, seja pelo contato sexual, uso de drogas ou exposição a materiais contaminados. No entanto, o processo de difusão da doença vem se modificando, com uma tendência à "periferização da epidemia" dentro das grandes metrópoles, e em direção a municípios de médio e pequeno porte, com aumento acentuado da transmissão heterossexual da Aids¹⁵⁻¹⁷.

Os índices de internamento por aborto apresentaram as maiores taxas nos grupos de municípios mais desenvolvidos, o que pode estar relacionado à maior oferta de leitos obstétricos neste municípios, e a migração das mulheres de outros municípios para estes centros, em busca do abortamento seguro, e por outro lado podem estar refletindo a decisão das mulheres de interromper uma gravidez indesejada nestas localidades.

As taxas elevadas de fecundidade geral e a baixa cobertura de pré-natal no conjunto de municípios menos desenvolvidos re-

alçam as falhas na atenção básica relacionadas ao planejamento familiar e à assistência à gravidez, fatores que devem estar determinando as altas taxas mortalidade materna destes municípios e do Estado.

A mortalidade materna, medida pela Razão de Mortalidade Materna (RMM), espelha a qualidade da assistência prestada à vida reprodutiva dos cidadãos e, indiretamente, o nível de desenvolvimento das regiões e países. Acometem especialmente mulheres de baixa renda e pouca escolaridade. Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, atuantes desde 1989 no Estado, vêm alertando para a alta mortalidade materna e para as iniquidades relativas à saúde reprodutiva e à mortalidade materna no Paraná, corroborando com os resultados deste estudo²².

Achados semelhantes foram encontrados por Sorrentino ao analisar seis indicadores relacionados à saúde da mulher (taxa de mortalidade por câncer de colo uterino, taxa de mortalidade feminina por AIDS, proporção de abortos em relação às causas obstétricas do SUS, proporção de mães adolescentes, taxa de morte materna e incidência de sífilis congênita) segundo o tamanho ou porte dos municípios paulistas, com vistas à descentralização do programa e das ações de saúde da mulher. Sorrentino identificou que a AIDS e o aborto eram grandes demandantes de atenção em saúde nas cidades com mais de 50 mil habitantes, ou seja, de maior porte, e a assistência ao parto e à gravidez na adolescência mereceriam atenção especial nas pequenas localidades. Municípios de médio porte apresentavam maiores dificuldades em relação a mortalidade materna e ao aborto. O estudo não encontrou variação importante na taxa de mortalidade por câncer de colo uterino em função do porte dos municípios²³.

A taxa de mortalidade precoce masculina no Paraná apresentou variação significativa entre os grupos socioeconômicos de municípios, com maiores taxas nos municípios mais desenvolvidos. Estas mortes precoces provavelmente se devem a acidentes de trânsito e à violência urba-

na associados normalmente a municípios maiores e mais urbanizados.

Segundo Souza, as causas externas estão entre as primeiras causas de morte entre os homens jovens no Brasil, sendo cinco vezes maior que para as mulheres, envolvendo especialmente os acidentes de transporte e violências (homicídios). As conexões entre homens, gênero e violência vêm sendo estudadas por diversos autores, buscando entender o processo de socialização e as relações entre masculinidade e violência e as possibilidades de participação e responsabilização dos homens na redução da violência e das mortes por acidentes²⁴.

Drumond Jr. e Barros, estudando as desigualdades socioespaciais na mortalidade de adultos no Município de São Paulo, afirmam que a explicação das desigualdades observadas não resulta de livres opções individuais em relação ao estilo de vida e à exposição a fatores de risco, uma vez que estes se relacionam aos diferentes padrões de consumo social e cultural dos vários segmentos da população, e que certos modelos competitivos, segregadores e aéticos trazem riscos adicionais, desnecessários e inaceitáveis para a vida das populações, elevando as mortes relacionadas à violência e a acidentes, especialmente dos homens²⁵.

Os homens (maridos, companheiros, ex-companheiros), devido a este padrão de comportamento, são os grandes responsáveis pela violência de gênero contra as mulheres (definida como atos ou ameaças de violência que resultem em sofrimentos ou conseqüências à saúde e à vida das mulheres). A literatura tem revelado, acerca do local de ocorrência dos homicídios, que estes acontecem e se multiplicam nos espaços públicos - ruas, bares e outros locais públicos - entre os homens, mas é no espaço privado do lar que ocorre a maioria dos homicídios femininos²⁴. Em nosso estudo observamos que as taxas de homicídio feminino pouco variaram entre os grupos de municípios, sugerindo que as relações desiguais de gênero, e não apenas as condições socioeconômicas, podem

estar determinando as mortes por homicídio feminino.

A identificação das desigualdades em saúde reprodutiva, e sua medição, buscam subsidiar a tomada de decisões no sentido de revertê-las, chamando a atenção para as áreas mais críticas. No caso do Paraná, foram constatados dois agrupamentos de municípios – grupos socioeconômicos 4 e 5 – que apresentaram os indicadores de saúde reprodutiva mais desfavoráveis. Estes dois grupos envolvem 160 municípios (40% do total estadual) e uma população de 1,4 milhões de pessoas, e mereceriam atenção especial por parte do poder público.

São municípios que, dada a sua condição geral, deveriam receber atenção mais próxima dos governos estadual e federal, além do municipal, não só do setor saúde mas também dos demais setores, visando maior desenvolvimento destas regiões. Estes municípios estão concentrados em 9 das 22 regionais de saúde estabelecidas pela regionalização da saúde no Estado, sendo elas a 5a Regional de Saúde - Guarapuava, 22a Regional de Saúde - Ivaiporã, 12a Regional de Saúde - Umuarama, 11a Regional de Saúde - Campo Mourão, 10a Regional de Saúde - Cascavel, 2a Regional de Saúde - Metropolitana/Curitiba, 8a Regional de Saúde - Francisco Beltrão, 19a Regional de Saúde - Jacarezinho, 21a Regional de Saúde - Telêmaco Borba.

Em síntese, pode-se considerar que estratégias diferenciadas devem ser pensadas para as distintas regiões, consideran-

do-se as especificidades próprias sociais de saúde em cada agrupamento, com ações prioritárias sobre os municípios menos desenvolvidos e aqueles bolsões de pobreza rural/urbana ainda presentes nos demais agrupamentos. Estudos locais/intramunicipais poderão detalhar as condições e os determinantes das desigualdades no interior de cada município. O monitoramento contínuo destes e de outros indicadores é recomendável para a definição de estratégias com vistas a redução tanto das iniquidades de gênero como as de saúde.

As mulheres paranaenses e brasileiras têm sido expostas a risco de adoecimento e morte ligados à esfera reprodutiva já ultrapassados em outros países. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no contexto do SUS, a garantia dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, e a equidade de gênero podem contribuir para a redução dessas iniquidades. A concretização destas medidas no Paraná depende de um amplo pacto político, técnico e profissional, e mobilização social nos municípios e no Estado com apoio do governo federal.

Agradecimentos

À Dra. Estela Aquino, Dra. Estela Maria Cunha, Dr. Ivan França, Dra. Eleusis Ronconi Nazareno, Dr. Paulo Roberto Delgado, Dr. Sérgio Aparecido Ignácio, pelas consultorias e apoio. Ao NEPO/ UNICAMP e a FUNDAÇÃO FORD pelo financiamento.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS). *População e saúde reprodutiva*. 25a Conferência Sanitária Pan-Americana, 50a Sessão do Comitê Regional. Washington, D.C.; 1998.
2. Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP). *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, CIPD94 - Resumo do Plano de Ação. Nações Unidas, Nova York; 1995.
3. Organização das Nações Unidas (ONU) *Plataforma de Ação de Beijing*. Conferência Mundial sobre as Mulheres; 1995.
4. Villela W. O monitoramento da plataforma de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil. *Jornal da Rede Feminista de Saúde* jul 2004; 26. (Encarte)

5. Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED I. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores. In: *Saúde no Brasil: conceitos, programas e indicadores* [cd-rom] da ABEP, IBGE, UNFPA; 2004.
6. Kunst AE, Mackenbach JP. *Measuring socioeconomic inequalities in health*. Geneva: WHO; 2002. Disponível em <http://www.paho.org>. Acessado em 15 de novembro de 2003.
7. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam. Salud Pública* 2002; 12(6): 398-414.
8. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(S): 23-36.
9. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Rio de Janeiro; 2001. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acessado em 20 de novembro de 2003.
10. Banco Mundial. *Desafios y oportunidades para la equidad de género en América Latina y el Caribe*. News Release, n.2003/242/LAC. Disponível em <http://www.bancomundial.org/genero>. Acessado em 29 de dezembro de 2003.
11. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em julho de 2003.
13. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Diagnóstico social e econômico: sumário executivo*. Curitiba: IPARDES; 2003.
14. Ministério da Saúde. *IDB 2004 Indicadores e dados básicos*. Brasília; 2004 (Encarte)
15. Tomazelli J, Czesresnia D, Barcellos C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4): 1049-61.
16. Farias NE, Chester LGC. Tendências da morbimortalidade por AIDS e condições socioeconômicas no município de São Paulo, 1994 a 2001. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(4): 489-502.
17. Dantas SM, Rocha S. *Igualdade de gênero e HIV/AIDS: uma política por construir*. Rede Feminista de Saúde - Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e UNIFEM - United Nations Development Fund for Women; 2003.
18. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004, uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/ Departamento de Análise de Situação de Saúde; 2004.
19. Secretaria Estadual de Saúde. *Portal do Câncer*. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/cancer/index.html>. Acessado em novembro de 2003.
20. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico de Aids 1998. *Tendências da epidemia - a feminização dos casos de Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acessado em de novembro de 2004.
21. Coordenação Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico de Aids 1988. *Tendências da epidemia - a interiorização*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acessado em 25 de novembro de 2004.
22. Soares VMN, Martins AL. Trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. *Rev Bras Matern Infantil* out/dez 2006; 6(4): 453-60.
23. Sorrentino SR. *Classificação dos municípios paulistas segundo indicadores de saúde reprodutiva - Subsídios para a descentralização da atenção básica à saúde das mulheres* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
24. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 59-70.
25. Drummond-Junior M e Barros MBA. Desigualdades socioespaciais na mortalidade de adultos no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(1/2): 34-49.

Recebido em: 14/03/06

Versão final reapresentada em: 04/06/07

Aprovado em: 20/06/07