4

KEILA REJANE OLIVEIRA GOMES

**MORBIDADE REFERIDA POR MULHERES EM IDADE FÉRTIL,
USO DOS SERVIÇOS E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA:
ESTUDO DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Tese apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de
Saúde Pública da USP para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Dra. ANA CRISTINA
D'ANDRETTA TANAKA

Trabalho originado de projeto de pesquisa subvencionado
pela FAPESP (processo nº 91/0036-4)

São Paulo

1998

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Sra. Bernarda Gomes, exemplo de perseverança e luta na conquista de meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Aos companheiros de trabalho do Colégio Agrícola
de Floriano, da Universidade Federal do Piauí, pelo
apoio inestimável à realização do curso de
doutorado, em especial às professoras-enfermeiras:

Anatália de A. Reis

Iracema F. de A. Carvalho

Lígia B. da C. e S. R. Santos

Líliam G. Demes

Maria Luciene F. Rocha

Maria Neuma D. C. de Melo

Martha F. Soares

- À *Universidade Federal do Piauí*, pela concessão de bolsa-auxílio (PICD - CAPES) para qualificação docente;
- À *Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP*, pela subvenção ao projeto de pesquisa que originou este trabalho;
- À Prof^a. Dra. *Ana Cristina d'Andretta Tanaka*, pela constante disponibilidade para orientar, de modo tão valioso, a realização deste trabalho e minha eterna gratidão pelo apoio dado no momento mais difícil e delicado desta trajetória;
- À amiga Ana Verônica Rodrigues, pelo paciente trabalho de revisão do texto e, especialmente, por suportar minha teimosia;
- À Prof^a. Dra. Rebeca de Souza e Silva, pela contribuição à análise estatística;
- À biblioteconomista Maria Lúcia E. de Faria Ferraz, pela revisão das referências bibliográficas;
- À Prof^a. Dra. Augusta Alvarenga, pelas "dicas" de abordagem dos aspectos sociais e de literatura;
- Aos professores do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, pelo apoio direto e indireto na concretização deste trabalho;
- À Dra. Terezinha M. Paiva, chefe do Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Adolfo Lutz, pelas informações prontamente concedidas sobre vigilância epidemiológica do vírus *influenza* no Brasil.

- Aos amigos Ideraldo Beltrano e Patrícia Montanari, pelas informações preciosas sobre o banco de dados;
- Aos amigos Raquel Souza e Gilberto Caldeira, pelas "dicas" de literatura e discussões sobre o tema;
- À Sra. Maria Takishita, meu porto-seguro em informática;
- Ao Nilson Soares, pelas inúmeras vezes que me "refrescou a memória" sobre os comandos do Epi Info que eram esquecidos após algum período em desuso;
- À Sra. Elba Carvalho, pelo eficiente trabalho de secretária;
- Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Leandro Cleto, Iara Macedo, Ivany Oliveira, Meirizilda Gonçalves, Sônia Egídio e Sônia Hetó, por saber que sempre pude contar com a ajuda de vocês;
- Às biblioteconomistas e funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública, por colaborações diversas ao longo do curso de doutorado;
- Aos amigos da Faculdade de Saúde Pública e àqueles que tornaram mais alegre minha permanência em São Paulo, pela amizade de vocês.

RESUMO

Este estudo é parte integrante do inquérito domiciliar de saúde "Morbidade e Mortalidade Maternas, Qualidade da Assistência e Estrutura Social: Estudo da Região Sul do Município de São Paulo - Brasil". O estudo de morbidade referida teve por objetivo analisar a referência de morbidade por mulheres em idade fértil. A amostra foi formada por 1157 mulheres com idade de 10 a 49 anos, cujos dados foram coletados de janeiro de 1992 a janeiro de 1993, por entrevistadores leigos. As informações diversas às demográficas foram fornecidas apenas pela mulher em questão. Não detectou-se relações entre característica sociodemográfica e referência de queixa, exceto quando esta era de natureza aguda que foram mais comuns entre as mulheres que desenvolviam atividade remunerada. As queixas agudas de maior frequência foram gripes (30,3%) e dores abdominal ou pélvica (7,2%), enquanto que entre as queixas crônicas destacaram-se a hipertensão (8,1%), bronquite (7,3%) e as dorsopatias (6,6%). Observou-se que queixas relativas a doenças de maior gravidade, ou a outras que interferiam na imagem ou uso do corpo feminino, motivaram mais a procura de cuidado médico que aquelas não enquadradas nestes requisitos. Os serviços mais utilizados foram os públicos e os de medicina de grupo, sendo que a satisfação pelo atendimento prestado foi maior para as usuárias de serviços de medicina de grupo. A mulher só considerou a qualidade do atendimento um fator impeditivo para consultas de retorno, enquanto que para atendimento inicial o destaque foi das dificuldades financeiras, as quais quando vencidas no início, não se tornaram um obstáculo para a continuidade e aquisição da terapêutica prescrita. Concluiu-se que a mulher refere bem seus problemas de saúde, tem opinião crítica sobre os serviços que lhes são oferecidos e cuida da melhor forma de sua saúde, ponderando sobre a necessidade de procurar ajuda médica.

Descritores: morbidade referida, saúde da mulher, uso dos serviços de saúde.

* Projeto financiado pela FAPESP e CNPq.

SUMMARY

The present paper is part of the household health survey "Maternal Morbidity and Mortality assistance quality and social structure : a study of the southern area of the city of São Paulo - Brasil". The self-reported morbidity study aimed at the analysis of the reference of morbidity by fertile aged women. The sample consisted of 1157 women aged 10 - 49 whose data were collected from January 1992 to January 1993 by laymen interviewers. Other than demographic information being provided solely by the woman in question. There wasn't relation between sociodemographic characteristics and reference to the complaint, excepted when this was acute which was more common among women who did earn an income. The most prevalent acute complaints were influenza (30.3%) and abdominal or pelvic pain (7.2%), while among the chronic ones were hypertension (8.1%), bronchitis (7.3%) and dorsopathies (6.6%). It was observed that complaints related to more serious diseases or those interfering with the image or use of the female body led to more search for medical care than those not fitting those requisites. The most frequently sought services were the public and private group health insurance, with higher satisfaction of private system users than by those making use of public ones. The woman only considered the quality of assistance as hindering to return appointments while for the first service the highlight was for the prescribed therapy. The conclusion was that the woman refers her health problems well is critical of the services offered her and does care for her own health pondering over the need for medical assistance.

Descriptors: self-reported morbidity, women's health, use of physician services.

ÍNDICE

1. Introdução	1
1.1 O processo saúde-doença	2
1.2 Relações de gênero, mulher e saúde	10
1.3 Percepção de morbidade	17
1.4 Somatização	21
1.5 Sobre estudos de morbidade referida	23
2. Objetivos	31
3. Procedimentos metodológicos	33
3.1 Processo de amostragem	35
3.2 Adequação do questionário	39
3.3 Variáveis estudadas	40
3.3.1 Demográficas e sociais	40
3.3.2 Morbidade do último mês	41
3.3.3 Morbidade crônica	43
3.3.4 Período gravídico-puerperal	44
3.4 Tratamento dos dados	44
3.4.1 Análise estatística	45
4. Resultados e discussão	47
4.1 Caracterização sociodemográfica da população estudada	48
4.1.2 Caracterização sociodemográfica e referência de morbidade	53
4.2 Morbidade aguda	63
4.2.1 Frequência	63

4.2.2	Uso dos serviços	70
4.2.3	A automedicação	73
4.2.4	Qualidade do atendimento - satisfação da clientela	75
4.2.5	Coerência de respostas	83
4.3	Morbidade crônica	86
4.3.1	Frequência	88
4.3.2	Saúde mental	95
4.3.3	Uso dos serviços	98
4.3.4	Uso de medicamentos	109
4.4	Morbidade referida no período gravídico-puerperal	114
5.	Considerações finais	120
6.	Referências bibliográficas	125
7.	Anexos	148

1. INTRODUÇÃO

SAN MARTIN (1991), em um discurso ecológico acerca das relações entre os processos de vida social, econômica e biológica do homem, aponta-o como o animal com maior morbidade entre todos os seres vivos.

Segundo este autor, *"custou-nos séculos de história para verificar que o bem-estar biológico, mental e social das sociedades humanas não é prêmio nem castigo que nos vem do céu, nem mero acidente casual, na vida humana, mas trata-se de situações concretas, econômicas, sociais, culturais, políticas, que atuam através do mecanismo de adaptação-desadaptação, e que é o homem mesmo que tem produzido estas situações através de sua atividade histórica e social"*.

Decorrente destes fatos, o processo saúde-doença torna-se um fenômeno constituído por representativa parcela social em sua origem e evolução.

1.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

É inerente ao processo vital a natureza dinâmica, abrangente e complexa dos eventos concernentes à doença e à saúde. Todos em algum momento de sua existência experimentaram ou experimentarão uma manifestação do fenômeno doença.

Ao reduzir-se o ciclo vital humano ao nascimento, à vida e à morte, o evento que interliga a vida à morte é, quase sempre, a morbidade, o que a torna um elo de suma importância na cadeia do ciclo vital.

A morbidade tem particularidades que a destacam de outros eventos vitais. Enquanto o nascimento e a morte são únicos, os eventos mórbidos podem ser repetidos, variar quanto a duração, causa, grau de incapacidade, sintomas e também quanto às possíveis conseqüências (LEBRÃO,1997).

Certamente, desde os primórdios da vida humana, alguns destes fatores podem ter contribuído para que o fenômeno fosse observado e evoluído sob a tentativa de o interpretar, intervir, evitar.

Na obra "El concepto de enfermedad" de Ruy Pérez TAMAYO (1988a,b), é abordada a evolução histórica deste conceito, mostrando-a como paralela à história da própria Medicina. É dito que na mente primitiva a magia, a religião e a medicina eram objetos intercambiáveis, equivalentes. A doença era atribuída a manipulações de feiticeiros, um castigo pela violação de um tabu, a possessão da vítima por um espírito, a perda da alma.

Os egípcios, cerca de 2.800 a.C., foram os primeiros a pensar em uma explicação natural para as doenças, por meio do que chamavam "*whdw*", um princípio etiológico básico aderido à matéria fecal no intestino que ao passar para o sangue o coagulava e o destruía, produzindo abscessos e outras formas de supuração, putrefação ou problemas generalizados no organismo. Tal hipótese poderia estar relacionada à prática da mumificação que buscava evitar a putrefação do corpo após a morte para que assim pudesse chegar, de forma apresentável, ao deus Osiris (TAMAYO, 1988a).

Na tentativa contínua de conhecer o fenômeno doença, seu conceito modificou-se através dos tempos com a contribuição de inúmeros personagens históricos da medicina.

Hipócrates (460-377 a.C.), a quem é atribuído, senão no todo mas em parte, a autoria da obra "*Corpus Hipocraticum*", contestava o pensamento vigente na época que classificava as doenças em fenômenos naturais ou divinos - "dualismo não-científico das doenças" - postulando explicações apenas na ótica dos fenômenos naturais (TAMAYO,1988a).

Galeno (129-201d.C.) com seus numerosos escritos teórico-práticos buscava explicar todos os eventos das doenças. Considerava as doenças um estado do corpo humano que afetava um ou mais de seus componentes. Leonardo da Vinci (1452-1519), Andreas Versalius (1514-1564) e William Harvey (1578-1657), embora atuando em campos diferentes, aportaram com valiosas contribuições ao desenvolvimento da Anatomia (TAMAYO,1988a).

Thomas Sydenham (1624-1689) postulava uma espécie de história natural das doenças. Afirmava que era possível distingui-las entre si a partir de seus sinais e sintomas característicos, os quais deveriam ser descritos segundo idade, constituição e tratamento prévio do doente. Para ele era também importante observar se as doenças ocorriam sempre em certas épocas do ano (TAMAYO,1988b).

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), criou a anatomia patológica a partir da descoberta da correspondência entre lesões orgânicas

internas, encontradas ao exame do cadáver, e sintomas clínicos (BERLINGUER,1988).

Ignaz Phillip Semmelweiss (1818-1865), ao descobrir as causas da febre puerperal, trouxe contribuição valiosa ao reconhecimento da observação clínica como um dos métodos importantes na investigação de causas das doenças (TAMAYO,1988b).

Rudolf Virchow (1821-1902), cujos argumentos científicos complementaram os achados de outros cientistas na área de patologia celular, também obteve grande destaque na área de Antropologia e Saúde Pública tanto em seu país, Alemanha, quanto internacionalmente. Era um liberal, criticava o regime prussiano em declarações públicas reivindicando mudanças na estrutura social para que se alcançasse um nível de vida aceitável para todos, com educação, liberdade e prosperidade (TAMAYO,1988b).

Louis Pasteur (1822-1895), Robert Koch (1842-1910) e outros tantos, com o aperfeiçoamento de instrumentos como o microscópio, individualizaram as causas, os mecanismos de transmissão, as medidas preventivas e higiênicas para muitas doenças infecciosas, contribuindo, assim, para redução e, em alguns casos, eliminação de flagelos seculares (BERLINGUER,1988).

Evoluindo com o progresso da ciência, o conceito de doença tem se mostrado dinâmico, mutável, adaptável ao conhecimento de cada época. TAMAYO (1988b) aponta como um dos marcos do conceito moderno de doença, aquele formulado na Conferência Internacional da Organização

Mundial de Saúde (OMS) realizada em Nova York, em 1946, que define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças".

Numerosos são os trabalhos que têm discutido este conceito, desde sua formulação, considerando-o utópico, irreal, idealista, subjetivo, inexecutável (REZENDE, 1986; BERLINGUER, 1988; TAMAYO, 1988b; EVANS & STODDART, 1990; PEREIRA, 1995; LEBRÃO, 1997; INSTITUTE of MEDICINE, 1997; SEGRE & FERRAZ, 1997).

Em 1964, SWARROP (1964) afirmava ser interminável esta discussão uma vez que a definição de cada um reflete o seu ponto de vista. Na opinião de BERLINGUER (1988), há muitas definições e poucas certezas porque o conceito de doença está relacionado ao conhecimento, aos valores científicos e culturais, que são diversos e representam aspectos da vida em sociedade. LEBRÃO (1997) pondera que a proposta da OMS indica a utilização da definição como um ideal, que cada governo tente proporcionar este ideal de saúde para sua população, embora sabidamente inatingível.

Historicamente, o homem, no processo de interação com os seus semelhantes e com a natureza, produz modificações em si mesmo, nos outros e no ambiente, criando novas realidades e sendo, muitas vezes, por elas afetado. A compreensão da modernidade sobre este ciclo interativo coloca o homem e o seu processo social no centro das explicações sobre a gênese das doenças, deslocando, portanto, o papel atribuído durante muito tempo ao agente biológico.

Para interpretar o processo saúde-doença, criou-se diversos modelos que, segundo PEREIRA (1995), são marcos teóricos que representam os fatores envolvidos na etiologia das doenças.

RUFFINO NETO & PEREIRA (1982) afirmam que a compreensão das doenças envolve diversos níveis explicativos de sua determinação, que variam desde alterações enzimáticas intracelulares a processos interativos da sociedade como um todo.

Os dois principais modelos que organizam o fenômeno e o seu conhecimento em uma estrutura, são denominados na literatura relacionada, modelo biologicista e modelo holístico. O primeiro recebe predicados como funcionalista, reducionista, positivista e o último o de sistêmico. Para alguns autores são considerados modelos oponentes (AROUCA,1976; RUFFINO NETO & PEREIRA,1982; PEREIRA,1995).

Segundo TAMAYO (1988b), estes dois modelos não se opõem nem se complementam. Emergiram de uma única fonte, a medicina clínica tradicional, e separam-se sob o impacto da ciência na prática médica.

Os modelos biologicistas concebem a saúde em função da doença e os fatores biológicos são considerados os seus mais importantes fatores determinantes. Os fatores sociais são tratados marginalmente, embora aceitos como fatores relacionados, implícita ou explicitamente. Por outro lado, os modelos holísticos são amplos, mais complexos e concebem a saúde como sendo determinada por fatores biopsicossociais, estando, dessa forma, de acordo com as definições mais avançadas de saúde (PEREIRA,1995).

REZENDE (1986) resume os mais importantes marcos teóricos ou modelos em:

- Teoria de unicausalidade da doença. Considerava que as doenças tinham uma única causa, em geral um agente biológico. Foi a teoria dominante no século XIX, que sofreu, segundo AROUCA (1976), nítida influência positivista. Representantes desta teoria poderiam ser Koch e Pasteur;
- Teoria da multicausalidade da doença. Propunha que a patogenia tinha uma multiplicidade de fatores causais, entretanto, não conseguia explicar completamente o processo saúde-doença, nem tampouco o lugar do social dentro desta estrutura. AROUCA (1976) cita como representante, Chadwick com o trabalho "*The sanitary conditions of the labouring population of Great Britain*", de 1842;
- Teoria da tríade ecológica de Leavell-Clarck, de 1974. O homem (hospedeiro), o agente patogênico e o meio são elementos de um processo dinâmico cuja quebra no equilíbrio pode levá-lo a evoluir para a cura, o óbito ou outros estados intermediários.

A grande contribuição deste modelo está no escalonamento dos níveis de aplicação das ações de saúde com base no discernimento claro das etapas de prevenção, as quais permitem adequar as ações aos diferentes momentos da história da doença e operacionalizá-los com maiores possibilidades de êxito (REZENDE, 1986; BREILH, 1991).

Entretanto, o modelo sofre críticas numerosas, especialmente no que se refere à abordagem e posicionamento do fator social. BREILH (1991) interpreta-o como um modelo em que o social fica livre de toda

"responsabilidade ecológica", pois os fatores ambientais e os fatores do agente estabelecem conexões apenas externas com o fator humano, isentando, deste modo, a organização social de modificações quando da atuação sobre os fatores com medidas ecológicas.

Para AROUCA (1976), a dimensão social está mitificada neste modelo, sendo apenas nomeada e, por não ser explicado o mecanismo de sua operação, perde o conteúdo, tornando-se despolitizada e reduzida a simples atributos do indivíduo.

- Modelo da epidemiologia social. Segundo BREILH (1991), neste modelo há o esforço para explicar e transformar os problemas de saúde-doença em sua dimensão social. O processo de vida social mais amplo ocorre como resultante de um entrelaçamento profundo entre os processos da natureza e os processos biológicos, os quais determinam a vida social e são condições decisivas do comportamento epidemiológico.

Resumindo os modelos em um só esquema, PEREIRA (1995) apresenta um modelo circular onde se sobrepõem cinco círculos de diâmetros progressivamente maiores, em cujo círculo mais externo está a sociedade, seguido pelo círculo da família e, sucessivamente, do indivíduo, órgão e célula. O autor explica que quanto mais central estiver concentrada a busca de determinantes dos danos à saúde, mais reduzida a aspectos biológicos será a razão encontrada e quanto mais distante do centro, mais incorpora aspectos sociais.

O autor afirma que os modelos constituem um conjunto de noções básicas, a partir das quais um tema ou problema de saúde pode ser

melhor analisado, facilitando sua compreensão, identificação de falhas do conhecimento atual e necessárias investigações para o esclarecimento de aspectos controversos. Assevera ainda, que os modelos são estruturas onde os conhecimentos novos e os antigos encontram ligação.

1.2 RELAÇÕES DE GÊNERO, MULHER E SAÚDE

Segundo AQUINO e cols.^{*}, o interesse pelas questões da mulher vem crescendo desde os anos 70, principalmente após 1975 - Ano Internacional da Mulher, decretado pela ONU. O tema tem sido explorado em seminários, cursos, encontros e publicações. Na década de 80 iniciaram-se estudos sobre a mulher, seguidos de trabalhos sobre gênero.

Até o início deste despertar para as questões da mulher, sexo e gênero eram considerados termos semelhantes e intercambiáveis dentro das ciências humanas. Observa-se que nas últimas três décadas tem havido uma tendência de desnaturalização da categoria mulher, motivada pela suposição que sexo e gênero são realidades diferentes.

A literatura tem utilizado o termo sexo preferencialmente como referência às características biologicamente determinadas, relativamente invariáveis, tanto do homem quanto da mulher. A noção de gênero tem sido

^{*} AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; BARBOSA, L.F.M.; FRANCO, I.M.R.; REIS, A.P. Gênero e saúde: estado atual da produção do conhecimento epidemiológico no Brasil. [Apresentado como oficina de trabalho ao III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Salvador, 1995.]

utilizada para referir as características socialmente construídas que constituem a definição de masculino e feminino nas distintas culturas (GÓMEZ GÓMEZ, 1993; SCOTT, 1995).

O enfoque de gênero aplicado à análise da saúde da mulher dirige a atenção para a dialética das relações entre a biologia e o meio social, que abrange as situações de desvantagem ou vantagem das mulheres frente aos homens, quanto à probabilidade de gozar de saúde, de adoecer ou de morrer.

Para se estudar morbidade em mulheres é inevitável a comparação entre os sexos. Dentre as várias diferenças relacionadas à saúde de ambos, destaca-se o “padrão” de morbidade e mortalidade.

Na opinião de GÓMEZ GÓMEZ (1993) as mulheres têm a conjunção de um maior número de afecções não-mortais e um menor de afecções mortais, o que significa um total maior de anos de vida, sendo também mais anos de doença e disfunções orgânicas. Os homens, ao contrário, têm menos doenças, incômodos e incapacidades, mas os problemas de saúde, freqüentemente, são doenças crônicas letais que abreviam a vida masculina.

No parecer de LAURENTI (1989) e LAURENTI e cols. (1998), as mulheres têm uma percepção mais aguda das modificações do seu corpo, uma predisposição maior a procurar ajuda quando necessário e o fazem de modo mais precoce. O homem é mais resistente em procurar os serviços de saúde, preventivamente ou aos primeiros sinais de manifestações de morbidade, o que dificulta as ações preventivas.

Na Tabela 1, dados da população brasileira residente em 1995, revelam que a razão dos coeficientes de mortalidade e de eventos mórbidos por internação hospitalar pelo SUS, permitem apontar este fator cultural como participante na determinação das diferenças do perfil de saúde do homem e da mulher. Os coeficientes de mortalidade por todas as causas citadas são mais elevados entre os homens e os referentes à morbidade hospitalar são mais elevados para a população feminina em quase todas as causas, exceto internações por doenças infecciosas e parasitárias, dos aparelhos digestivo e respiratório.

As diferenças de morbidade e mortalidade por sexo são derivadas também, de fatores alheios ao aspecto biológico, tais como a valorização que a sociedade dispensa ao homem e à mulher.

Na Tabela 1, a mortalidade e hospitalizações decorrentes de causas externas, configuram parte do quadro diferencial entre os gêneros, com um coeficiente (4.83) quase cinco vezes maior para os homens, no caso da mortalidade. Decerto que há maior exposição masculina a atividades de risco, a qual tem se mantido, pois os dados referentes a 1989, citados por SOUZA & MINAYO (1995) mostraram que cada óbito feminino no Brasil por causas externas correspondeu a cinco masculinos, com uma razão de 4.97 entre os coeficientes.

TABELA 1 – Coeficiente de mortalidade geral¹ e de eventos mórbidos por internação hospitalar pelo SUS² (EMIH/SUS) (Sistema Único de Saúde), segundo alguns capítulos do CID-9 e sexo: 1995, Brasil.

Capítulo do CID-9	Coeficiente *					
	Mortalidade (p/ 10.000 hab.)			EMIH/SUS (p/ 100 hab.)		
	Masc.	Fem.	Razão (M/F)	Masc.	Fem.	Razão (M/F)
I- Doenças infecciosas e parasitárias	2,92	2,03	1,44	0,75	0,67	1,12
II- Neoplasmas	6,91	5,79	1,19	0,18	0,33	0,55
III- Glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários	3,45	2,87	1,20	0,21	0,24	0,88
V- Transtornos mentais	0,51	0,11	4,55	0,37	1,97	0,19
VII- Doenças do aparelho circulatório	16,66	14,65	1,14	0,78	0,83	0,94
VIII- Doenças do aparelho respiratório	6,15	4,53	1,35	1,36	1,25	1,09
IX – Doenças do aparelho digestivo	3,18	1,63	1,95	0,62	0,52	1,19
X- Doenças do aparelho geniturinário	0,89	0,72	1,24	0,35	0,83	0,42
XV- Algumas afecções originadas no período perinatal	2,77	2,03	1,37	0,09	0,46	0,20
XVI- Sintomas, sinais e afecções mal definidas	10,32	8,18	1,26	0,13	0,47	0,28
XVII- Causas externas	12,29	2,54	4,83	0,64	1,02	0,63

* POPULAÇÃO³ MASCULINA: 76.929.951 hab. POPULAÇÃO FEMININA: 78.892.345 hab.

FONTE:

- 1- Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações sobre Mortalidade (1998c)
- 2- Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (1998b)
- 3- Ministério da Saúde, DATASUS, IBGE – Censo Demográfico e estimativas (1998a)

O homem tem sofrido conseqüências para sua saúde relacionadas a condutas autodestrutivas, como o excesso de consumo de álcool, de tabaco, a maior exposição à violência e acidentes e a riscos ocupacionais. A mulher, por outro lado, tem sofrido muito mais problemas ligados às variações hormonais, falta de exercício físico, conseqüências de gestações repetidas tais como veias varicosas, transtornos urinários, hemorróidas e, sobretudo, fadiga e depressão decorrente da forma como a sociedade patriarcal identifica seu papel (RESTREPO, 1993).

CANESQUI (1992) aponta as imposições culturais referidas à masculinidade e ao papel de provedor da família, além do controle de absenteísmo nas empresas em função da produtividade, como causas da menor atenção que o homem dedica à sua saúde. Ao contrário, as mulheres e as crianças são consideradas mais frágeis e sensíveis, sendo-lhes permitido adoecerem ou definirem-se doentes.

No marco estratégico, de combate à pobreza e atendimento às necessidades básicas, das políticas de saúde desenvolvidas no processo denominado por DE LOS RÍOS (1993) de integracionismo*, a mulher fazia parte de um grupo vulnerável, juntamente com as crianças, incapacitados e anciões, que eram considerados socialmente "débeis".

Esta visão tem sido mantida nas políticas e programas assistencialistas dirigidos às mulheres pobres. De maneira implícita, supõe-se a mulher como receptora passiva do desenvolvimento, que a maternidade

* Processo que iniciou-se na década de oitenta em países da América Latina e do Caribe, no qual o enfoque principal era o crescimento da produção de bens e serviços e a inserção de suas economias em relações internacionais

é a sua função mais importante, e que a socialização dos filhos assim como o cuidado dos membros da família, seja sua participação mais efetiva em todos os aspectos do desenvolvimento.

A Organização Mundial de Saúde considera a mulher como a principal provedora de atenção primária (WHO,1987). Certamente, muitas intervenções de saúde dependem, essencialmente, da participação feminina, pois a mulher é a principal mediadora das questões de saúde no lar, entretanto, como se considera ser este o seu papel intrínseco, sua contribuição à qualidade de vida e à própria vida tem pouco ou nenhum valor.

GÓMEZ GÓMEZ (1993) afirma ainda que, em grande parte, como resultado das desigualdades preexistentes, o sistema de saúde está assentado no trabalho, no tempo e nos papéis de gênero da mulher. Mediante do reconhecimento destas diferenças, emerge o conceito de intervenções especiais, guiado pelo princípio de eliminar ou reduzir a discriminação contra a mulher.

RESTREPO (1993) sugere que os programas e políticas de saúde deveriam considerar as diferenças de gênero e que devido às necessidades da mulher adulta constituírem um campo aberto à investigação e ação concreta, exista mais compromisso político e maior consciência por parte das mulheres no sentido de gerar o conhecimento e propostas de trabalho que lhes dêem retorno efetivo.

Pesquisas têm mostrado que a participação feminina na força de trabalho tem exercido um efeito benéfico para a saúde da mulher (WALDRON & JACOBS,1989; FURUNES e cols, 1996; SHADBOLT, 1996; ROHLFS e

cols, 1997), tomando claro que o desempenho de seus múltiplos papéis e o crescimento na sociedade repercutem um saldo positivo para a sua saúde.

No Brasil, no que se refere aos programas de saúde voltados ao atendimento feminino, o enfoque dado sempre esteve dirigido à saúde reprodutiva, uma vez que, segundo estes enfoques, a procriação era considerada a função feminina primordial.

Rompendo esta visão tradicional de saúde da mulher surgiu o conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), oriundo dos programas de atendimento à mulher na década de sessenta, o que culminou com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado pelo Ministério da Saúde em 1984 (OSIS, 1994), mas de prática ainda pouco difundida na atualidade.

Consoante OSIS (1994), o PAISM representou um marco, pois pela primeira vez o governo brasileiro rompia oficialmente a tradicional visão da saúde centrada na reprodução. Segundo a autora, o programa é inovador, redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressa as mudanças conquistadas pelas mulheres junto à sociedade, atribui a elas uma posição de igualdade social e garante o atendimento à sua especificidade.

Para VERUCCI (1994), o programa é uma das principais bandeiras femininas, contudo, esta população ainda não dispõe da implantação do programa, especialmente as camadas mais pobres.

OSIS (1994) alega que a deterioração dos serviços públicos de saúde, seguida ao lançamento do programa, seria a causa para a sua não implantação plena.

VERUCCI (1994) afirma que a mulher brasileira, em consonância ao movimento social feminino emancipador mundial, tem tido uma crescente participação em todos os níveis e busca acomodações mais adequadas ao mundo moderno. Recomenda ser de grande importância que a mulher incremente sua participação nos partidos políticos e nas iniciativas políticas suprapartidárias, a fim de marcar presença nas instâncias decisórias do poder.

Nesta mesma linha de pensamento, CHETLEY (1994) defende que a mulher, por representar a maioria dos usuários de serviços de saúde, deveria ter voz mais firme quanto às políticas de saúde.

1.3 PERCEPÇÃO DE MORBIDADE

Segundo verbete de dicionário (FERREIRA, 1988), perceber significa "adquirir conhecimento de, por meio dos sentidos; formar idéia; abranger com a inteligência; entender; compreender; distinguir; notar".

Em Psicologia, o significado tem alguma semelhança. FORGUS (1971) define percepção como o processo de extrair informações. Tem estreita relação com aprendizagem e pensamento. A aprendizagem seria o processo pelo qual as informações percebidas são adquiridas através da experiência e se tornam modelos de acordo com os quais são julgados os indícios. O pensamento seria uma atividade cuja ocorrência se infere quando um organismo está ocupado em resolver problemas. Portanto, à medida que

o conjunto perceptivo vai sendo ampliado, tornando-se mais complexo e rico de padrões por intermédio da experiência, mais capaz se torna o indivíduo de extrair informações de um ambiente.

Em algum grau, todas as pessoas têm alguma percepção da estrutura e funcionamento de seu próprio corpo, o que pode ser chamado “percepção ou imagem corporal”.

Para TÄHKÄ (1988), a imagem corporal desenvolve-se de acordo com o progresso individual do homem e contém observações, conscientes e inconscientes, de alguém sobre seu próprio corpo, bem como pensamentos, fantasias e sentimentos a respeito dele. O autor defende que experiências muito primitivas contribuiriam para a evolução da imagem corporal a partir de seus elementos e significados simbólicos e estes surtiriam efeito sobre os conceitos que se formam mais tarde, baseados em conhecimento mais racional.

As definições de saúde não consideram a experiência individual de adoecer, o que as torna impraticáveis para o indivíduo, pois este tem sua percepção de doença baseada em suas respostas aos sintomas e diagnósticos; sua capacidade de participar da vida em comunidade, em família e no trabalho; seu senso de bem-estar nos diversos aspectos de viver (INSTITUTE of MEDICINE, 1997).

Há uma gama de variações na percepção e atitudes no que se refere a doença. A pessoa pode ter desde uma profunda preocupação até o completo descaso. O conhecimento e experiência individuais modelam o ideal de saúde pessoal, bem como a experiência comunitária, os quais são

considerados no processo de avaliação do problema de saúde que se apresentar (REZENDE, 1986; MURRAY & CHEN, 1992).

Ao perceber um problema de saúde é comum que o próprio indivíduo diagnostique seu mal, busque o seu rol de experiências individuais e comunitárias para identificar o valor das sensações. Para aquelas identificadas como banais, o mais provável é que a decisão seja não interferir ou usar remédios caseiros ou automedicação ou outra solução que não seja a de atendimento médico.

A automedicação, na perspectiva de eliminar estas sensações, pode ser efetivada por um processo de imitação, no qual ao decidir consumir ou dar a alguém um medicamento sem consultar um médico, a pessoa repete a prescrição anterior de um evento mórbido identificado como semelhante. Outro seria o de redução de custos, pois o uso direto do medicamento economiza os gastos da consulta ao médico (DUPUY & KARSENTY, 1979; BOLTANSKI, 1989).

Segundo BOLTANSKI (1989) e RILEY (1993), as pessoas agregaram ao seu rol de experiências sobre doença, taxonomias mórbidas e sintomáticas que permitem identificar sinais e sintomas de valor para os médicos, os únicos considerados legítimos e, a partir daí, tomar decisões inteligentes sobre quando consultar um médico.

Procurar um médico, acessar o sistema de saúde são processos que diferem conforme a categoria social do indivíduo. Há uma espécie de "limiar de entrada" no sistema, o qual é mais baixo para indivíduos de categoria social superior e mais elevado para as categorias inferiores (DUPUY

& KARSENTY, 1979). Nestas, valoriza-se a “resistência à dor” e consequentemente a procura ao médico só ocorre após a sensação de doença ter alcançado uma intensidade que impeça o uso normal do corpo. É como se esperassem sempre que o problema tivesse uma autoresolução (BOLTANSKI, 1989).

FERREIRA (1994) vincula as representações sociais do corpo, saúde e doença à inserção social do indivíduo. A representação mais comum que as pessoas possuem acerca de doença relaciona-se aos usos sociais do corpo, ao desempenho de seus papéis sociais, ou seja, sua participação no processo de produção (MAMEDE e cols., 1993; FERREIRA, 1994).

O uso instrumental do corpo torna valiosa a atividade física, faz com que a doença seja sentida como um entrave à atividade física, uma ruptura da atividade social cotidiana (DUFUY & KARSENTY, 1979; BOLTANSKI, 1989). Esta representação do corpo pode estar relacionada à educação pouco voltada à profilaxia, à saúde e sim voltada à produtividade.

Há uma pressão social estimuladora aos indivíduos sadios e produtivos. A norma social é pautada pelo ser saudável e assumir a posição de doente significa renunciar ao desempenho de seu papel social, mesmo que temporariamente (REZENDE, 1986). Por conseguinte, a resistência à procura de ajuda médica depende do custo da renúncia à atividade social (DUPUY & KARSENTY, 1979).

Os sentimentos despertados ao se adoecer são, geralmente, o medo e a preocupação, os quais levam o indivíduo a empreender ações para eliminar os males que o afetam. Entretanto, se conflitos são gerados a

partir da percepção de morbididade e dependendo da natureza destes conflitos, vergonha e culpa podem bloquear a procura de ajuda.

Quanto mais importante for a aparência externa ou o desempenho impecável para a manutenção da auto-estima do paciente, mais humilhante e vergonhoso tende a ser o problema de saúde. Além disso, certas doenças são mais aceitas que outras e aquelas de transmissão sexual podem ser interpretadas como desvios de conduta, outras podem despertar piedade, desprezo ou outros sentimentos vindos daqueles que cercam o paciente, até mesmo do médico, e assim bloquear a procura de ajuda (MECHANIC, 1986; TÄHKÄ, 1988).

Se os sintomas persistem e admite-se a impossibilidade de autoresolução do problema, a procura de assistência médica se faz provável.

1.4 SOMATIZAÇÃO

Os sintomas expressados como físicos nem sempre correspondem a alterações desta natureza. Problemas sociais, doenças psiquiátricas e *stress* também podem ser percebidos como queixas físicas, e a esse processo denomina-se somatização (MECHANIC, 1972; MURREY & CHEN, 1992; KROENKE & PRICE, 1993).

KATON e cols. (1982) enfatizam que a depressão é uma das causas mais comuns de somatização, sendo esta um dos problemas mais

habituais nos serviços primários de saúde, no que concordam GUREJE e cols. (1997) após realizarem estudo comparativo entre 14 países, no qual também concluíram que o padrão de aspectos associados à somatização não difere muito quando fatores culturais são considerados.

KROENKE & MANGELSDORFF (1989) estudaram os cuidados recebidos por 1000 pacientes e reexaminaram cerca de dois terços destes com queixas tais como fadiga, dor de cabeça, dor lombar e tosse. Os resultados obtidos apontaram etiologia orgânica nas queixas de 16% dos casos, etiologia psicológica para 10% e origem desconhecida para os 74% restantes. Conjeturaram que alguns destes casos, certamente, refletiam desordens psiquiátricas não detectadas e que estratégias diagnósticas enfatizando causas orgânicas poderiam ter sido inadequadas.

Há uma reconhecida inabilidade médica em diagnosticar desordens psiquiátricas em pacientes que procuram os serviços primários de saúde com queixas centradas em manifestações somáticas (KATON e cols., 1982; KAMAROFF, 1990). Há evidências de que, a menos que o paciente cite queixa relacionada ao estado afetivo, a verdadeira patologia não será tratada, pois, na maioria das vezes, a terapêutica é dirigida aos sintomas (KATON e cols., 1982).

Curiosamente, o estudo de HALL e cols. (1981) detectou que os psiquiatras, freqüentemente, também falham em reconhecer doenças orgânicas causadas ou exacerbadas por sintomas psiquiátricos.

KAMAROFF (1990) afirma que grandes somas podem ser gastas pesquisando uma causa orgânica para queixas tais como dor de

cabeça e dor lombar, por ele denominadas de "doenças menores". Estudos mais recentes também têm citado os sintomas funcionais ou somáticos como relacionados a elevados custos, sem que se tenha, entretanto, alcançado êxito terapêutico (LAMPRECHT, 1996; SHARPE, 1997).

Atualmente, há quem afirme que a somatização, ansiedade, depressão e queixas físicas são "doenças da moda", as quais seriam desordens relacionadas a síndromes ambientais ou ocupacionais e a doenças psicogênicas de massa; seriam pistas sintomáticas comuns para uma variedade de influências incluindo fatores ambientais, *distress* intrapessoal e soluções para problemas sociais (FORD, 1997).

SEGRE & FERRAZ (1997) vêem na doença somatizada uma via de escape para externar a turbulência afetiva. Segundo eles, o indivíduo busca esta via, inconscientemente, devido à sua incapacidade em harmonizar os seus conflitos interiores. Afirmam que Freud, em sua época, supunha que a somatização era uma fuga, um mecanismo de defesa dos indivíduos assolados pelo "mal-estar da civilização".

1.5 SOBRE ESTUDOS DE MORBIDADE REFERIDA

Para se obter o conhecimento sobre as condições de saúde de uma população, a maneira mais adequada, segundo LAURENTI e cols. (1987), seria por meio das estatísticas de morbidade e de mortalidade.

Há um consenso na literatura sobre as dificuldades de se estudar morbidade sendo, quase sempre, os estudos de mortalidade o parâmetro utilizado na comparação. Não que os estudos de mortalidade sejam de fácil realização, ao contrário, podem se tornar muito trabalhosos dependendo da metodologia escolhida. Por exemplo, torna-se mais complexo o trabalho do pesquisador que opta por investigar informações contidas no atestado de óbito entretanto, as informações geradas serão mais confiáveis, dado a inexistência de confiabilidade plena nos dados deste documento, principalmente quando se trata de morte materna.

O estudo de morbidade torna-se mais complexo por envolver uma sucessão de fatores intervenientes que vão desde a própria definição do que seja doença a questões relacionadas à percepção desta. Além disso, a obtenção dos indicadores de morbidade é mais difícil, justamente porque as fontes de coleta de informações rotineiras são raras (BORRELL, 1997).

A morbidade é um fenômeno múltiplo, sem limites claros no processo saúde-doença, depende de fatores vários tais como a percepção, para que seja “notificado” por intermédio do atendimento médico, enquanto que o óbito é um fenômeno único, bem definido e de notificação obrigatória.

Por se dispor de mais informações relativas à mortalidade que à morbidade e devido a citação das causas múltiplas de morte no atestado de óbito, este instrumento também tem sido utilizado como fonte indireta de dados sobre a morbidade da população. Entretanto, as informações de morbidade advindas do atestado de óbito não refletem totalmente a situação de saúde de uma população, até porque nem todos os agravos à saúde são,

necessariamente, fatais e as doenças que não matam acabam não tendo sua incidência ou prevalência conhecidas, logo, este método não é o melhor.

Para se estudar morbidade se faz necessário ou ir às fontes que são procuradas pela população quando têm necessidades relativas à saúde, sejam estas fontes hospitalares ou não, ou se vai aonde as pessoas estão, em suas casas, locais de trabalho.

A literatura tem apontado o inquérito populacional como um método satisfatório para conhecimento da situação de saúde e do uso de serviços em nível populacional (CARVALHEIRO, 1981; LEBRÃO, 1991; CAMPOS, 1993; COIMBRA e cols., 1996; STEWART e cols., 1996).

Segundo CESAR e cols. (1996), entre os tipos de inquérito populacional, vêm sendo privilegiados os de corte transversal, único ou periódico, que utilizam entrevistadores leigos e levantam a morbidade sentida e expressa, sendo, freqüentemente, citados como *inquéritos domiciliares de saúde*. Utilizando pessoal especializado - médicos, o *inquérito de saúde com exame clínico*, identifica a morbidade baseado em critérios clínicos, fatores que, marcadamente, diferenciam estes dois tipos de inquéritos.

Os inquéritos domiciliares de saúde têm como alguns de seus objetivos: avaliar o estado de saúde da população; registrar o número de pessoas incapacitadas ou funcionalmente doentes; contribuir para pesquisa de doenças crônicas ou grupos específicos de doenças; avaliar o uso dos serviços de saúde; obter um "marco zero" para planejamento de saúde (KROEGER, 1983.)

Como vantagens cita-se a possibilidade da revelação, a entrevistadores leigos, das representações da população sobre saúde e morbidade e mortalidade, das práticas usuais e não formais de prevenção e restauração da saúde, bem como do juízo crítico sobre os serviços. Além disso, permite descobrir o componente submerso do processo saúde-doença, a morbidade sentida ou reprimida, sem acesso aos serviços. Isto possibilita a análise da determinação social desse processo e subsidia o planejamento de cuidados à saúde em diferentes níveis (BARROS & CARVALHEIRO, 1984; BORRELL, 1997). Também pode gerar informações preditoras de mortalidade, como foi comprovado nos estudos de MOSSEY & SHAPIRO (1982), KAPLAN & CAMACHO (1983) e, mais recentemente, no de MIILUNPALO e cols. (1997).

Para CARVALHEIRO (1981), o estudo de fenômenos atendidos nos estabelecimentos de saúde produz conclusões sistematicamente distorcidas pelo fato de referir-se à demanda pelos serviços e não à comunidade. Excluindo não apenas a demanda não satisfeita como também aquela formada por pessoas de necessidade não sentida.

Este autor ainda considera que, no processo que leva o indivíduo de um estado de saúde para um de doença, estão envolvidas forças físicas, biológicas, culturais, econômicas e políticas. O reconhecimento desta mudança de estado pode ser feito pelo próprio indivíduo ou por outra pessoa, capacitada profissionalmente ou leiga.

Uma vez feito o reconhecimento, inicia-se um novo processo que pode levar, ou não, o indivíduo a buscar socorro. Quando o faz, pode

procurar um sistema institucionalizado ou preferir os sistemas paralelos, conforme uso ou costume. Assim, os estudos feitos com população atendida em instituições de saúde investigarão exclusivamente as pessoas que, reconhecendo seu novo estado de doentes, buscaram assistência médica. Todo o restante será excluído.

Concordantes, LEBRÃO e cols. (1991) citam que os estudos referentes à demanda institucional podem levar a distorções dos quadros de morbidade em grupos populacionais.

Entretanto, os inquéritos domiciliares também têm limitações. Excluem as pessoas de maior risco, as institucionalizadas e, desta forma, também não representam toda a população; por serem, em geral, transversais, não permitem inferências sobre a seqüência de associações encontradas no tempo (BORRELL, 1997); a falta de padronização da metodologia utilizada dificulta a comparação dos dados de diferentes estudos (LEBRÃO e cols. 1991).

MURRAY & CHEN (1992) listam alguns fatores que podem alterar os resultados obtidos nos estudos de morbidade referida: a linguagem usada na abordagem; o período recordatório, qualquer que seja, haverá maior perda de exatidão relativa a eventos mórbidos agudos; citação de listas de sintomas e/ou doenças facilita a recordação dos eventos, todavia limita o universo de eventos explorados; o uso de diários pode aumentar o número de eventos reportados; a informação quando prestada por terceiros contém menos dados que quando prestada pelo próprio indivíduo; as doenças sazonais impróprias da época do estudo ficam excluídas; quando se pergunta

sobre diagnóstico a resposta pode ser resultante de influências da pessoa com os serviços de saúde ou por simplesmente a pessoa desconhecê-lo.

LEBRÃO (1997) cita que a escolha da classificação de doenças e sintomas a ser usada para tornar uniforme os termos das diversas pesquisas existentes é um dos pontos mais importantes do levantamento. Enfatiza que, apesar de classificações como a "*Lay Reporting of Health Information*" e "Classificação Internacional de Atenção Primária", formuladas para classificar os termos descritos de dados coletados por pessoal leigo, permitirem uma maior aproximação com a realidade das informações obtidas, a "Classificação Internacional das Doenças" permitirá maior comparabilidade com outras fontes rotineiras de informação.

São raros os trabalhos populacionais que abordam o tema morbidade referida por mulheres em idade fértil, especialmente no Brasil. Usualmente, os estudos referem-se à morbidade da população em geral, sem que, assim, se capte valiosas informações acerca da percepção destas mulheres sobre a existência de doenças, bem como sobre uso dos serviços de saúde.

Os estudos de CARVALHO e cols. (1988) e LEBRÃO e cols. (1991) sobre morbidade referida em populações da Bahia e de Botucatu, respectivamente, apontam que as mulheres apresentam queixas mais frequentemente que os homens.

Entre as mulheres em idade fértil, em particular entre as que estejam no ciclo gravídico-puerperal, esta pode ser uma questão inquietante, pois existe uma gama de patologias que são mais frequentes neste período.

Embora algumas delas possam levar à morte, não se conhece a real incidência/prevalência em uma determinada população, a letalidade e relação destas doenças com a condição de vida das pessoas desta comunidade.

A percepção e modo de referir morbidade está atrelada à inserção do indivíduo em sua classe social. Em geral o leigo não sabe o nome científico da sua doença ou sintoma, mas tenta descrevê-los com clareza. Contudo, BOLTANSKI (1989) diz que a referência de morbidade varia conforme o nível social do paciente, sendo detalhada e estruturada no relato de elementos de classes mais elevadas, e incoerente, entrecortada e incerta quando no relato de indivíduos de classes mais baixas.

Para INFANTE-CASTAÑEDA (1990), a gestante tem uma noção clara e precisa quando da ameaça de risco gestacional, sabendo referir o problema e a gravidade.

A base do diagnóstico médico são as informações das pessoas sobre si mesmas e a partir destas informações é que se tem uma hipótese diagnóstica. Portanto, o exame clínico e complementares mais confirmam que esclarecem, na maioria das vezes.

Segundo conclusões do estudo de HAMPTON e cols. (1975), cerca de 80% dos diagnósticos feitos por médicos para queixas de paciente clínico-ambulatorial poderiam ter sido feitos baseados apenas nas informações fornecidas pelo paciente. Os autores justificam que a habilidade e conhecimento médico e sua familiarização com o padrão local de doenças, permitem-no deduzir e extrair informações que o guiem para um diagnóstico clínico que o paciente não consegue fazer sozinho.

MURRAY & CHEN (1992) desejando saber se os dados coletados em pesquisas de morbidade referida são comparáveis àqueles baseados em pesquisas de morbidade observada, citam vários estudos de resultados controversos. Concluem que morbidade referida e observada medem aspectos diferentes da doença, o que torna dispensável a checagem entre estas.

Assim, com base no exposto até aqui, a questão da percepção e referência de morbidade entre mulheres em idade fértil, torna-se uma vertente a ser explorada dentro da perspectiva de ampliar o conhecimento relativo à saúde da mulher e buscar atender suas necessidades, considerando sempre a especificidade biológica e de gênero da mulher.

Preocupados com esta questão, uma equipe* de professores do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, idealizou e executou uma pesquisa de grandes proporções no tocante à morbidade e mortalidade de mulheres em idade fértil intitulada "Morbidade e Mortalidade Materna, Qualidade da Assistência e Estrutura Social: Estudo da Região Sul do Município de São Paulo - Brasil". Desta pesquisa, um inquérito domiciliar de saúde, de corte transversal, originaram-se os dados relativos ao estudo de morbidade referida ora exposto.

* Pesquisador principal: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira; pesquisadores colaboradores: Profs. Drs. Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Antonio Fernandes Moron, Augusta Teresa de Alvarenga, Néia Schor e Jair Lício Ferreira Santos; auxiliares de pesquisa: Sra. Valéria Sanches e Sra. Isabela Penella.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a morbidade referida por mulheres em idade fértil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil de uma amostra representativa de mulheres de 10 a 49 anos, residentes na área, sob o ponto de vista epidemiológico, social e da qualidade da assistência;

- Identificar as principais afecções que acometem o grupo estudado;

- Estudar as relações entre as diferentes morbidades referidas e as características sociodemográficas da população;

- Analisar a assistência prestada às mulheres de 10 a 49 anos, residentes na área, por meio da opinião da mulher;

- Analisar a relação entre fatores sociais e o processo de assistência que possa existir na procura de atendimento médico pela população-alvo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa sobre morbidade referida por mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos teve seus dados coletados no período de janeiro de 1992 a janeiro de 1993 e fez parte do projeto de investigação "Morbidade e Mortalidade Materna, Qualidade da Assistência e Estrutura Social: Estudo da Região Sul do Município de São Paulo - Brasil", apresentado à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (processo 91/0036-4) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (processo 502722/91-6), órgãos financiadores da pesquisa.

A região estudada é a mais extensa do município de São Paulo (anexo 1*), abrangendo 633,7 Km², equivalente a 42% da extensão deste município. É formada pelos subdistritos de Santo Amaro, Capela do Socorro e de Parelheiros. A população da região está distribuída de maneira heterogênea, com áreas de elevada e de baixa densidade demográfica, bem como áreas de grande concentração de indústrias.

A divisão da região em 31 áreas, com maior homogeneidade, foi fundamentada em uma subdivisão do território proposta por UNGLERT (1986), baseada na fusão de setores censitários. Tal fusão foi estabelecida por critérios geográficos e sociais, fluxo de utilização de equipamentos sociais, presença de barreiras naturais ou construídas pelo homem, dentre outros.

* A Região Sul do município é mostrada em amarelo claro.

3.1 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Em virtude da grande extensão da Região estudada e de seu grande contingente populacional, 1.662.231 habitantes de acordo com o censo de 1991, optou-se por trabalhar com uma amostra da população que fosse, não apenas representativa da totalidade, mas que permitisse reconhecer diversidades entre as 31 áreas que constituíam os seguintes subdistritos: Parelheiros - áreas de 1 a 10, Capela do Socorro - áreas de 11 a 18 e Santo Amaro - áreas de 19 a 31.

Foram usados como parâmetro o estudo de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos (SIQUEIRA e cols., 1991) e o de mortalidade infantil (UNGLERT e cols., 1990) da população residente nesta região, que mostraram diferenças importantes dos coeficientes destes grupos nas áreas estudadas. O cruzamento destes dois coeficientes nas 31 áreas permitiu a observação que 8 tipos de agrupamentos de áreas respeitavam as características de alta, média e baixa mortalidade feminina e alta, média e baixa mortalidade infantil, com o seguinte resultado:

1. alta feminina e alta infantil: 4, 9 e 28
2. alta feminina e média infantil : 5, 6 e 18
3. média feminina e alta infantil: 30
4. média feminina e média infantil: 12, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 27, 29 e 31
5. média feminina e baixa infantil: 10 e 14
6. baixa feminina e alta infantil: 2

7. baixa feminina e média infantil: 3 e 8

8. baixa feminina e baixa infantil: 1, 7, 11, 19, 21, 22 e 26.

Após esta nova composição das áreas procedeu-se ao sorteio de cada tipo de agrupamento para garantir a presença das áreas com diferentes níveis de mortalidade. O sorteio obedeceu ao seguinte critério: 25% para os agrupamentos com mais de quatro áreas e uma área dos agrupamentos com menos de quatro áreas; desta forma a amostra teve 11 áreas sorteadas que foram: 2, 8, 9 pertencentes ao distrito de Parelheiros; 11, 13, 14, 18 ao subdistrito de Capela do Socorro e 21, 25, 30, 31 ao subdistrito de Santo Amaro.

A unidade amostral por área sorteada foi residência com mulheres de 10 a 49 anos. Para garantir um questionário para cada dois mil habitantes, a amostra foi determinada pelo número de habitantes em cada conjunto de áreas que compunha o subgrupo, respeitando a proporcionalidade de cada área. No subgrupo em que o tamanho da população fosse menor do que 10.000 habitantes definiu-se que seria aplicado questionário, no mínimo, em 5 casas com mulheres de 10 a 49 anos.

A amostra final foi formada por 727 domicílios com 750 famílias, perfazendo um total de 3268 pessoas sendo que 1733 eram mulheres e 1261 delas tinham idade de 10 a 49 anos (Figura 1). A distribuição de domicílios por área ficou assim constituída:

Área	Nº de casas
02	005
08	005
09	033
11	121
13	123
14	018
18	027
21	105
25	163
30	027
31	123

Das 1261 mulheres residentes na região, que atendiam ao quesito faixa etária, 104 (8,3%) foram excluídas do estudo de morbidade referida devido a: recusa em participar, 3,0%; ausência às entrevistas previamente combinadas por mais de três vezes, 4,7%; ausência por motivo de viagem, 0,5%; problemas mentais, 0,08%.

Assim, a população estudada era formada por 1157 mulheres de 10 a 49 anos, sendo que 534 (46,1%) delas referiram queixa de morbidade nos últimos 30 dias anteriores à coleta dos dados e/ou queixa de morbidade crônica e as 623 (53,9%) restantes foram as que negaram estas queixas. A Figura 1 esquematiza a população amostrada e destaca em contornos marrons as mulheres que foram objeto deste estudo.

FIGURA 1 - Distribuição da população estudada.

3.2 ADEQUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O processo de organização e estruturação do questionário obedeceu a dois requisitos básicos: o primeiro, à lógica dos resultados da pesquisa de mortalidade, para se poder fazer análises comparativas de dados; o segundo, às especificações próprias da morbidade onde outras questões relacionadas com a assistência à saúde da mulher e materna foram contempladas. Assim, o questionário foi elaborado e testado tendo sido composto por 6 grandes grupos de categorias e contendo 247 questões. Os 6 grandes grupos de categorias foram:

- A - Caracterização sociodemográfica da família e do responsável pelo seu sustento.
- B - Caracterização geral das mulheres de 10 a 49 anos.
- C - Caracterização da saúde da mulher.
- D - Caracterização clínico-obstétrico-epidemiológica de mulheres com gestações nos últimos 12 meses.
- E - Caracterização clínico-obstétrico-epidemiológica de mulheres puérperas.
- F - Caracterização clínico-epidemiológica do recém-nascido.

No questionário havia uma folha de rosto que permitia o controle de cada bloco de questionário, além de receber um número para identificação do caso.

As questões que foram exploradas para o estudo de morbidade referida estavam contidas nos blocos B e C (anexo 2).

3.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis estudadas foram aquelas consideradas as mais relevantes para o estudo de morbilidade referida e foram divididas em quatro grupos:

3.3.1 DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS:

- 1- idade - em anos completos;
- 2- situação conjugal - ter ou não companheiro;
- 3- atividade remunerada;
- 4- escolaridade - em virtude do atual 1º grau abranger longos 8 anos, ocultando, assim, possíveis diferenças, procedeu-se à sua divisão em primário e ginásio (denominações antigas) completo e incompleto;
- 5- número de filhos no lar - apesar de categorizada em 1 a 3, 4 a 6 e 7 a 9 filhos, a avaliação estatística com base no qui-quadrado de Mantel-Haenzsel considera apenas a diferença entre ter até 3 e 4 ou mais filhos;
- 6- ocupação (escala de Joly Gouveia) - para complementar o quadro descritivo da situação sociodemográfica do grupo estudado incluiu-se a classificação de ocupações de Joly Gouveia (ALVARENGA e cols., 1973), que distribui as ocupações numa escala ordinal de sete categorias. O indivíduo cuja ocupação seja classificada nas categorias um ou sete, socialmente, estaria no nível mais baixo ou mais alto, respectivamente. A desvantagem da aplicação deste método de classificação social foi que as mulheres que não tinham atividade remunerada ou aquelas que tinham atividades

definidas como "bico" foram excluídas da classificação. As sete categorias desta escala são:

1. Ocupações manuais não especializadas → ex. faxineiro, cozinheiro, gari, empregada doméstica, vendedor ambulante.
2. Ocupações manuais especializadas e assemelhadas → ex. balconista, cabeleireiro (empregado), auxiliar de enfermagem.
3. Supervisão de trabalho manual e ocupações assemelhadas → ex. cozinheiro (restaurante de 1ª classe), chefe de seção.
4. Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas → ex. caixa, recepcionista, professor primário, auxiliar de escritório.
5. Posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais e proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais, agropecuarista → ex. caixa (bancário), escrevente, professor secundário.
6. Profissionais liberais, cargo de gerência ou direção, proprietários de empresas de tamanho médio → ex. gerente de banco, dentista, vereador, comerciante (11-49 empregados), professor universitário.
7. Altos cargos políticos e administrativos, proprietários de grandes empresas e assemelhadas → ex. banqueiro, desembargador, deputado, empresário (mais de 50 empregados), diplomata.

3.3.2 MORBIDADE DO ÚLTIMO MÊS:

7- ocorrência de morbidade no último mês;

8- morbidade ocorrida no último mês;

9- procura de assistência;

10- tipo de instituição prestadora da assistência - categorizado de modo a mostrar diferenças entre os diversos tipos, contudo, a análise da diferença entre os dois tipos de maior frequência foi priorizada;

11- opinião da mulher sobre a qualidade do atendimento;

12- comunicação do diagnóstico à mulher;

13- diagnóstico da morbidade do último mês;

14- terapêutica indicada;

15- exames solicitados;

A morbidade foi classificada segundo a 10ª Classificação Internacional das Doenças - 10ª revisão - CID 10 (OMS, 1995a).

Durante o processo de classificação dos estados mórbidos, se fez necessária a observação, caso a caso, das variáveis relacionadas aos diagnósticos ou queixas citadas, notou-se que, quase sempre, havia coerência entre as respostas. Deste modo, decidiu-se verificar a coerência entre estas respostas conforme os seguintes critérios:

- coerência "em parte" - quando uma das respostas não era coerente às demais;

- "falta de dados conclusivos" - quando a mulher: não respondeu a uma das perguntas; respondeu de modo inespecífico; cita patologia e não manifestação clínica - sem que tenha procurado atendimento

médico; foi encaminhada para especialista sem intervenção do encaminhante.

A verificação desta coerência não foi pautada pela necessidade de se validar os dados, pois não se tratava de um estudo de morbidade observada, mas detectar se a mulher referia respostas possíveis, com nexos.

Para morbidade aguda a relação de coerência foi verificada entre as variáveis 8, 13, 14 e 15 acima listadas. A variável 13 foi incluída devido a muitas mulheres terem citado um termo pouco esclarecedor como resposta à variável oito.

3.3.3 MORBIDADE CRÔNICA:

- 16- existência de morbidade crônica;**
- 17- morbidade crônica referida;**
- 18- tempo de conhecimento da doença crônica;**
- 19- sintomatologia;**
- 20- procura de assistência para a doença crônica;**
- 21- causa de não procurar assistência para a doença crônica;**
- 22- fazer controle da doença crônica;**
- 23- causa de não fazer controle da doença crônica;**
- 24- tipo de instituição prestadora da assistência;**
- 25- terapêutica indicada;**
- 26- seguimento a terapêutica indicada;**
- 27- causa de não seguir a terapêutica indicada;**

Para a morbidade crônica foi verificada a relação de coerência entre as variáveis 17, 19 e 25 acima listadas.

3.3.4 PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

28- presença de gravidez nos últimos doze meses.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Os questionários, em sua grande maioria, eram lidos de maneira crítica à medida que eram preenchidos, recebiam um número e eram arquivados quando completos. Uma vez detectados problemas de preenchimento ou inconsistência de dados o entrevistador retornava ao campo para completar ou corrigir as informações.

Para o estudo da morbidade referida, após a identificação das 534 mulheres que se enquadravam nos critérios mencionados de seleção, efetuou-se a codificação dos sinais e sintomas e doenças citadas, segundo a CID-10 (OMS, 1995a).

As respostas às questões selecionadas para o estudo de morbidade referida foram, então, codificadas e os dados digitados para processamento no programa EPI INFO versão 6 (DEAN e cols., 1995).

Como a questão que abordava o assunto foi formulada de modo a permitir que as pessoas citassem todas as queixas de saúde, fossem estas agudas ou crônicas, a seleção da queixa a ser analisada era feita pelo pesquisador. Foram utilizados no processo, os critérios citados na

CID-10 (OMS,1995b). Todavia, para casos que não se enquadravam nestes, foram acrescentados outros, resultando na seguinte lista e ordem de critério para seleção da queixa:

- Levou a mulher a procurar atendimento médico;
- Houve "investimento" médico, seja investigativo ou terapêutico;
- Envolveu maiores recursos ou "investimentos";
- Causou mais incômodos ou limitações;
- Houve consumo mais freqüente de medicamentos, nos casos em que foram citadas mais de uma morbidade crônica.

3.4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A literatura tem se mostrado unânime em apontar a idade como uma das mais comuns variáveis de confusão, bem como o sexo, em estudos que a tem como variável externa (ARMITAGE & BARRY,1994; PEREIRA,1995). O controle de variáveis de confusão pode ser feito na fase de análise dos dados, mediante as técnicas de "estratificação" ou "análise multivariada", que são as mais usadas nesta fase (PEREIRA, 1995).

Para que a idade não fosse um viés na análise de outras variáveis, optou-se pelo seu controle ou ajustamento por meio da técnica de estratificação (AHLBOM,1993; FISHER & VAN BELLE,1993) devido esta ser uma técnica de fácil e rápida execução, apesar de não ser a mais indicada

para o estudo, pois não permitiu sua utilização para a variável escolaridade. Após esta etapa, buscou-se o nível de significância das demais variáveis sociodemográficas para a referência de morbidade, por intermédio da análise estratificada do qui-quadrado de Mantel-Haenszel para tabelas com um grau de liberdade (MANTEL & HAENSZEL, 1959).

Para se detectar as demais diferenças foi utilizado o teste de qui-quadrado (SIEGEL, 1975). Optou-se por rejeitar a hipótese de nulidade sempre que o valor de "p" não superasse 0,05 ($p < 5\%$).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Como mencionado no capítulo de procedimentos metodológicos, a amostra deste estudo foi composta por 1157 mulheres, na faixa etária de 10 a 49 anos, residentes na Região Sul do município de São Paulo, das quais 623 (53,8%) negaram e 534 (46,2%) referiram morbidade aguda nos trinta dias anteriores à coleta dos dados e/ou morbidade crônica.

Na Tabela 2 estão descritas as características sociodemográficas das 1157 mulheres estudadas.

A análise da escolaridade permite inferir que o nível educacional da população tem melhorado, pois o analfabetismo reduziu-se à medida em que também se reduziu a faixa etária das mulheres estudadas. Entretanto, observou-se alguns atrasos, como no caso em que cerca de 40% das mulheres na faixa etária de 20-24 anos não conseguiram terminar o antigo ginásio (1º grau), quando nesta idade seria previsto que tivessem concluído o 2º grau.

Ingressar para uma universidade e, principalmente, concluir um curso universitário foi conseguido por uma quantidade inexpressiva de mulheres na região estudada. Apesar da melhoria citada do nível educacional, esta não avançou até o nível superior de escolaridade, o mesmo acontecendo com o nível médio, pois menos de 15% das mulheres conseguiram concluí-lo.

TABELA 2 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo características sociodemográficas e faixa etária. 1992.

Características	Faixa Etária (anos completos)												Total					
	10 – 14		15 – 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39				40 – 44		45 - 49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Número de mulheres	207	17,9	180	15,6	163	14,1	155	13,4	134	11,6	129	11,1	94	8,1	95	8,2	1157	100,0
Escolaridade*																		
- não alfabetizada	1	2,5	1	2,5	4	10,0	4	10,0	7	17,5	5	12,5	7	17,5	11	27,5	40	3,5
- antigo primário incompleto	49	24,0	17	8,3	13	6,4	19	9,3	18	8,8	29	14,2	26	12,7	33	16,3	204	17,6
- antigo primário completo	44	20,9	15	7,1	19	9,0	25	11,8	25	11,8	29	13,8	23	10,9	31	14,7	211	18,2
- antigo ginásio incompleto	100	31,0	69	21,4	51	15,8	33	10,3	33	10,3	19	5,9	11	3,4	6	1,9	322	27,8
- antigo ginásio completo	12	8,8	28	20,4	16	11,6	26	19,0	22	16,1	19	13,9	8	5,8	6	4,4	137	11,8
- 2º grau incompleto	1	1,1	35	39,0	24	26,7	9	10,0	9	10,0	5	5,5	5	5,5	2	2,2	90	7,8
- 2º grau completo	-	-	12	14,3	21	25,0	27	32,1	8	9,5	8	9,5	5	6,0	3	3,6	84	7,3
- 3º grau incompleto	-	-	3	12,0	10	40,0	6	24,0	1	4,0	2	8,0	3	12,0	-	-	25	2,2
- 3º grau completo	-	-	-	-	5	12,2	5	12,2	1	26,8	12	29,3	6	14,6	2	4,9	41	3,6
Situação conjugal																		
- com companheiro	1	0,2	25	4,4	63	11,2	106	18,8	102	18,1	108	19,2	81	14,4	77	13,7	563	48,7
- sem companheiro	206	34,7	155	26,1	100	16,8	49	8,3	32	5,4	21	3,5	13	2,2	18	3,0	594	51,3
Atividade remunerada																		
- Sim	8	1,4	75	12,6	125	21,0	101	16,9	85	14,2	87	14,6	59	9,9	56	9,4	596	51,5
- Não	199	35,5	105	18,7	38	6,8	54	9,6	49	8,7	42	7,5	35	6,2	39	7,0	561	48,5
Ocupação (Joly Gouveia) **																		
1- manuais não especializadas	3	1,3	25	11,3	37	16,7	33	14,9	35	15,8	34	15,3	29	13,1	26	11,7	222	19,2
2- manuais especializadas e assemelhadas	3	2,1	18	12,5	33	22,9	26	18,1	18	12,5	23	16,0	13	9,0	10	6,9	144	12,4
3- não manuais de rotina e assemelhadas	1	0,8	22	17,6	41	32,8	28	22,4	16	12,8	10	8,0	6	4,8	1	0,8	125	10,8
4- demais categorias	-	-	1	2,7	7	18,9	6	16,2	7	18,9	9	24,3	2	5,4	5	13,5	37	3,2

Excluídos: *3 casos não regist./ ignorado/ sabe ler-escrever **1 caso não regist.; 67 que viviam de pensão, renda, bico, caridade, trab. marginal/precário; 561 que não tinham atividade remunerada

A análise da situação conjugal do grupo (Tabela 2) revelou que 51,3% não tinham companheiro e dentre aquelas que tinham companheiro os picos de prevalência situam-se na faixa etária de 25 a 39 anos. Nas faixas mais baixas que 25 anos estão as adolescentes e adultas jovens, onde se tem prevalências menores de mulheres com companheiro. Ao se analisar as faixas mais elevadas que 39 anos poderia se supor que as separações conjugais contribuíram para a queda de prevalência nestas faixas. Entretanto, se feita uma análise de colunas e não mais de linhas da tabela, observa-se que estas proporções se elevam e, pelo menos, 81% destas mulheres informaram ter companheiro. Assim, obteve-se a esperada relação direta entre idade e ter companheiro.

O desempenho de atividade remunerada foi informado por mais de metade das mulheres em todas as faixas etárias, a partir dos 20 anos de idade, com uma maior proporção entre aquelas que estavam na faixa de 20 a 24 anos (21,0%) e menor entre as maiores de 40 anos (Tabela 2).

Dados da FUNDAÇÃO SEADE (1998) mostraram que na mesma época, 1992, esta situação era equivalente para a Região metropolitana de São Paulo e, embora tenha se mantido nos dados referentes a 1996 e 1997, há uma tendência ao deslocamento do pico de emprego da mão-de-obra feminina, da faixa de 18 a 24 anos para a de 25 a 39 anos. Para as mulheres com 40 anos ou mais ainda há a menor taxa de participação no mercado de trabalho, mas tem aumentado a proporção de mulheres nesta condição e reduzido a participação das menores de 18 anos.

Estes achados decorrem de fatores tais como a preferência do mercado de trabalho pela mão de obra dos mais jovens e também pelo denominado "efeito da geração", no qual as mulheres de 40 anos ou mais por terem, em muitos casos, abandonado o mercado de trabalho ou os estudos para constituir e dedicar-se ao cuidado da família, tentam voltar a trabalhar após os filhos atingirem a adolescência, após a separação conjugal ou em busca de valorização do seu potencial produtivo, mas as exigências do mercado e a concorrência com os mais jovens, muitas vezes mais habilitados a atenderem estas exigências, acabam por dificultar este retorno.

A utilização da escala de Joly Gouveia no estudo, permitiu observar que esta era uma população composta por mulheres de nível social baixo, pois cerca de um terço delas ocupavam os dois níveis mais baixos da escala e quase 20% estavam no nível mais baixo da classificação, o de atividades manuais não especializadas.

Não pode ser determinado um perfil da população estudada, pois, com base nos dados da Tabela 2, a característica sociodemográfica melhor definida das mulheres selecionadas para este estudo foi a baixa escolaridade, pois quase 80% não conseguiu iniciar o segundo grau. Os resultados obtidos para situação conjugal e atividade remunerada mostraram ter havido proporções com valores muito próximos entre as que negaram e aquelas que afirmaram ter companheiro (51,3% e 48,7%, respectivamente) e atividade remunerada (48,5% e 51,5%, respectivamente). O estudo da ocupação posicionou um terço do grupo como de nível social baixo, mas

como 54% das mulheres não foram classificadas, este resultado não pode ser estendido a todo o grupo.

Em consequência das limitações na utilização da escala de Joly Gouveia, a variável ocupação será abandonada para apresentação de novos cálculos e dados.

Exposto estes achados, a utilização da escolaridade* da mulher como expressão de sua condição socioeconômica faz-se viável. Por conseguinte, se 80% delas tinham baixa escolaridade, o grupo estudado pode ser classificado como de baixo nível socioeconômico.

* Embora existam controvérsias acerca da operacionalização do conceito de classe social, a literatura tem utilizado escolaridade como um indicador de nível sócio-econômico (BEHN, 1980; POSSAS, 1989; GOMES, 1994; LAHELMA e cols., 1994; BORRELL, 1997).

4.1.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E REFERÊNCIA DE MORBIDADE

A idade, como é de conhecimento comum, tem relação direta com a prevalência de morbidade crônica. Entre as mulheres estudadas esta afirmativa manteve-se verdadeira, conforme mostra o Gráfico 1, pois a queixa de problemas crônicos de saúde foi crescente conforme a elevação da faixa etária.

GRÁFICO 1 - Prevalência de queixa de morbidade entre mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo segundo natureza da queixa e faixa etária. 1992.

Neste gráfico mostra-se o comportamento da prevalência de queixa de morbidade e também das queixas segundo o tipo, se aguda ou crônica. A prevalência de morbidade crônica foi o determinante da elevação

da prevalência de queixa de morbidade, quando não se considerou se esta era aguda ou crônica.

Nas Tabelas 3 e 4, para que o leitor tenha uma visão do conjunto, descrevem-se dados sobre as características sociodemográficas das mulheres com resposta positiva para morbidade e daquelas com resposta negativa, respectivamente. Nestas tabelas os valores percentuais se complementam.

A distribuição da escolaridade no grupo que referiu e naquele que negou morbidade não mostra diferenças relevantes entre eles, a exceção fica com o analfabetismo, ocorrido em dobro entre as mulheres que referiram alguma morbidade (Tabelas 3 e 4).

Os achados sobre escolaridade nas Tabelas 3 e 4 não permitiram detectar se esta interferiu na referência de estados mórbidos por estas mulheres, apenas que, dentre as analfabetas com idade superior ou igual a 30 anos, a proporção daquelas que referiram queixa foi maior.

A Tabela 5 exhibe dados relativos ao estudo da escolaridade que esclarecem acerca da significância desta variável para a referência de morbidade pelo grupo. Obteve-se que a escolaridade foi fator importante para referência de morbidade ($p < 0,05$), mas a significância desta variável foi determinada pela categoria das não alfabetizadas, pois quando esta foi excluída a escolaridade deixou de ser um fator significativo para a referência de morbidade ($p > 0,05$). Ou seja, não ser alfabetizada contribuiu para que estas mulheres referissem mais queixas que aquelas que possuíam algum grau de escolaridade.

TABELA 3 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo que referiram a queixa de morbidade segundo características sociodemográficas e faixa etária. 1992.

Características	Faixa Etária (anos completos)														Total			
	10 – 14		15 – 19		20 - 24		25 - 29		30 – 34		35 - 39		40 – 44				45 - 49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Número de mulheres	69	33,3	68	37,8	68	41,7	75	48,4	63	47,0	70	54,3	61	64,9	60	63,2	534	41,8
Escolaridade*																		
- não alfabetizada	-	-	-	-	2	50,0	1	25,0	5	71,4	3	60,0	7	100,0	9	81,8	27	67,5
- antigo primário incompleto	17	34,7	9	52,9	3	23,4	6	31,6	6	33,3	19	65,5	16	61,5	22	66,7	98	48,0
- antigo primário completo	12	27,3	2	13,3	10	52,6	14	56,0	9	36,0	13	44,8	17	73,9	20	64,5	97	46,0
- antigo ginásio incompleto	35	35,0	24	34,8	19	37,3	15	45,5	19	57,6	7	36,8	7	63,6	4	66,7	130	40,4
- antigo ginásio completo	4	33,3	11	39,3	7	43,8	15	57,7	15	68,2	14	73,7	4	50,0	2	33,3	72	52,5
- 2º grau incompleto	1	100,0	16	45,7	10	41,7	5	55,6	5	55,6	2	40,0	3	60,0	1	50,0	43	47,7
- 2º grau completo	-	-	5	41,7	11	52,4	14	51,9	1	12,5	3	37,5	1	20,0	1	33,3	36	42,8
- 3º grau incompleto	-	-	1	33,3	5	50,0	4	66,7	1	100,0	2	100,0	1	33,3	-	-	14	56,0
- 3º grau completo	-	-	-	-	1	20,0	1	20,0	2	18,2	6	50,0	5	83,3	1	50,0	16	39,0
Situação conjugal																		
- com companheiro	-	-	9	36,0	23	36,5	54	50,9	47	46,1	55	50,9	54	66,7	49	63,6	291	51,7
- sem companheiro	69	33,5	59	38,1	45	45,0	21	42,9	16	50,0	15	71,4	7	53,8	11	61,1	243	40,9
Número de filhos no lar																		
- 1 a 3	-	-	5	31,3	21	37,5	45	50,6	48	50,0	45	52,9	39	65,0	35	61,1	238	51,8
- 4 a 6	-	-	-	-	-	-	7	70,0	5	41,7	11	52,4	12	70,0	15	62,5	50	59,5
- 7 a 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	33,3	-	-	2	28,5
Atividade remunerada																		
- Sim	3	37,5	30	40,0	58	46,4	51	50,5	46	54,1	47	54,0	38	64,4	33	58,9	306	51,3
- Não	66	33,2	38	36,2	10	26,3	24	44,4	17	34,7	23	54,8	23	65,7	27	69,2	228	40,6
Ocupação (Joly Gouveia) ***																		
1- manuais não especializadas	1	33,3	9	36,0	15	40,5	17	51,5	14	40,0	23	67,6	18	62,1	16	61,5	113	50,9
2- manuais especializadas e assemelhadas	2	66,7	9	50,0	14	42,4	9	34,6	13	72,2	10	43,5	8	61,5	7	70,0	72	50,0
3- não manuais de rotina e assemelhadas	-	-	6	27,3	22	53,7	17	60,7	8	50,0	5	50,0	4	66,7	-	-	62	49,6
4- demais categorias	-	-	1	100,0	5	71,4	2	33,3	5	71,4	6	66,7	1	50,0	2	40,0	22	59,4

Excluídos: *1 caso não registrado (a resposta); **não alfabetizadas e 1 caso não regist. ***37 que viviam de pensão, renda, bico, caridade, trab. marginal/precário e 228 não tinham ativ. remunerada

TABELA 4 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo que não referiram queixa de morbidade, segundo características sociodemográficas e faixa etária. 1992.

Características	Faixa Etária (anos completos)										Total							
	10 – 14		15 – 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34				35 - 39		40 – 44		45 - 49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de mulheres	138	66,7	112	62,2	95	58,3	80	51,6	71	53,0	59	45,7	33	35,1	35	36,8	623	58,2
Escolaridade*																		
- não alfabetizada	1	100,0	1	100,0	2	50,0	3	75,0	2	28,6	2	40,0	-	-	2	18,2	13	32,5
- antigo primário incompleto	32	65,3	8	47,1	10	76,9	13	68,4	12	66,7	10	34,5	10	38,5	11	33,3	106	52,0
- antigo primário completo	32	72,7	13	86,7	9	47,4	11	44,0	16	64,0	16	55,2	6	26,1	11	35,5	114	54,0
- antigo ginásio incompleto	65	65,7	45	65,2	32	62,7	18	54,5	14	42,4	12	63,2	4	36,4	2	33,3	192	59,6
- antigo ginásio completo	8	66,7	17	60,7	9	56,3	11	42,3	7	31,8	5	26,3	4	50,0	4	66,7	65	47,5
- 2º grau incompleto	-	-	19	54,3	14	58,3	4	44,4	4	44,4	3	60,0	2	40,0	1	50,0	47	52,3
- 2º grau completo	-	-	7	58,3	10	47,6	13	48,1	7	87,5	5	62,5	4	80,0	2	66,7	48	57,2
- 3º grau incompleto	-	-	2	66,7	5	50,0	2	33,3	-	-	-	-	2	66,7	-	-	11	44,0
- 3º grau completo	-	-	-	-	4	80,0	4	80,0	9	81,8	6	50,0	1	16,7	1	50,0	25	61,0
Situação conjugal																		
- com companheiro	1	100,0	16	64,0	40	63,5	52	49,1	55	53,9	53	49,1	27	33,3	28	36,4	272	48,3
- sem companheiro	137	66,5	96	61,9	55	55,0	28	57,1	16	50,0	6	28,6	6	46,2	7	38,9	351	59,1
Número de filhos no lar																		
- 1 a 3	-	-	11	68,8	35	62,5	44	49,4	48	50,0	40	47,1	21	35,0	22	38,6	221	48,2
- 4 a 6	-	-	-	-	-	-	3	30,0	7	58,3	10	47,6	5	29,4	9	37,5	34	40,5
- 7 a 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	2	66,7	2	100,0	5	71,5
Atividade remunerada																		
- Sim	5	62,5	45	60,0	67	53,6	50	49,5	39	45,9	40	46,0	21	35,6	23	41,1	290	48,7
- Não	133	66,8	67	63,8	28	73,7	30	55,6	32	65,3	19	45,2	12	34,3	12	30,8	333	59,4
Ocupação (Joly Gouveia) ***																		
1- manuais não especializadas	2	66,7	16	64,0	22	59,5	16	48,5	21	60,0	11	32,4	11	37,9	10	38,5	109	49,1
2- manuais especializadas e assemelhadas	1	33,3	9	50,0	19	57,6	17	65,4	5	27,8	13	56,5	5	38,5	3	30,0	72	50,0
3- não manuais de rotina e assemelhadas	1	100,0	16	72,7	19	46,3	11	39,3	8	50,0	5	50,0	2	33,3	1	100,0	63	50,4
4- demais categorias	-	-	-	-	2	28,6	4	66,7	2	28,6	3	33,3	1	50,0	3	60,0	15	40,6

Excluídos: *2 casos não regist./ ign./ sabe ler-escrever.(1);** não alfabetizados;***1 caso não regist., 30 viviam de pensão, renda, bico, caridade, trab. marginal/precário e 333 não tinham ativ. remunerada.

TABELA 5 - Distribuição de mulheres em idade fértil, residentes na Região Sul de São Paulo, segundo escolaridade e referência de morbidade. 1992.

Escolaridade	Referência de morbidade				Total	
	Sim		Não			
	N°	%	N°	%	N°	%
- não alfabetizada	27	67,5	13	32,5	40	100,0
- antigo primário	98	48,0	106	52,0	204	100,0
- antigo primário completo	97	46,0	114	54,0	211	100,0
- antigo ginásio incompleto	130	40,4	192	59,6	322	100,0
- antigo ginásio completo	72	52,5	65	47,5	137	100,0
- 2° grau incompleto	43	47,7	47	52,3	90	100,0
- 2° grau completo	36	42,8	48	57,2	84	100,0
- 3° grau incompleto	14	56,0	11	44,0	25	100,0
- 3º grau completo	16	39,0	25	61,0	41	100,0

p=0,0358 (quando incluídas todas as categorias)
p=0,0290 (quando excluída a categoria "3° grau completo")
p=0,2568 (quando excluída a categoria "não alfabetizada")
p=0,2215 (quando excluídas as categorias "não alfabetizada" e "3° grau completo")

WOODS (1985) e FURUNES e cols. (1996) estudaram referência de sintomas por mulheres americanas e suíças, respectivamente, e concluíram que aquelas com mais baixo nível educacional referiram mais sintomas que as de nível mais elevado. É certo que nestes países, analfabetismo, se existe, é insignificante e a definição de baixo nível educacional não é especificada, dificultando a comparação. Todavia, o estudo com população brasileira realizado por LEBRÃO e cols. (1991) revelou que o grupo que mais referiu queixas foram os analfabetos, dos quais quase 70% tinham mais de 50 anos e cerca de 73% eram mulheres.

Com finalidade de controlar a variável idade executou-se a análise estratificada do qui-quadrado de Mantel-Haenzel e, deste modo, gerou-se os dados da Tabela 6. Para atender a exigências do método, a

variável "número de filhos no lar" foi reduzida a duas categorias, ter até 3 e 4 ou mais filhos. A escolaridade não teve este tipo de avaliação por não ser possível categorizá-la da forma necessária ao teste, além de seu processamento fornecer tabelas com margens de valor zero, o que impossibilita os cálculos.

TABELA 6 - Resultado da análise estratificada do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel para a variável idade, segundo característica do grupo e relato de morbidade entre mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, residentes na Região Sul do município de São Paulo. 1992.

Característica	Natureza da Morbidade Referida					
	Aguda e Crônica		Aguda		Crônica	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Situação conjugal	0,33	0,56	0,00	0,97	0,22	0,64
Número de filhos em casa [#]	0,01	0,93	0,44	0,50	0,01	0,93
Atividade remunerada	3,00	0,08	4,13	<u>0,03</u>	0,22	0,64

- diferença entre ter até 3 e ter mais que 3 filhos

No que diz respeito à situação conjugal, observou-se com a análise estratificada do qui-quadrado de Mantel-Haenszel, não haver significância estatística entre esta variável e referência de morbidade aguda e/ou crônica na população estudada (Tabela 6).

TABELA 7 - Distribuição de mulheres em idade fértil, residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo situação conjugal e referência de morbidade. 1992.

Situação conjugal	Referência de morbidade				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com companheiro	291	51,7	272	48,3	563	100,0
Sem companheiro	243	40,9	351	59,1	594	100,0

p=0,0002

A Tabela 7 contém dados que apontam ter sido significativa a relação entre situação conjugal das mulheres estudadas e referência de morbidade ($p < 0,05$). Entretanto, como estes dados são relativos à totalidade de indivíduos de cada grupo, não houve controle das influências que a idade poderia causar sobre este resultado. Se comparado este valor de "p" ao obtido na Tabela 6 para problemas agudos e crônicos referidos, nota-se que são díspares, pois nesta tabela, cujos dados foram gerados com controle da variável idade, ele revelou-se não significativo. Este confronto de resultados demonstra a importância do controle da variável idade e a confirma como "de confusão" para estudos de morbidade que envolvam grupo de indivíduos cuja faixa etária tenha limites semelhantes ao deste estudo.

Inicialmente, supunha-se que quanto mais filhos a mulher tivesse em casa mais se ocuparia com a família e assim notaria menos os seus próprios problemas de saúde ou, ao inverso, por muito se ocupar da família, incluindo sua saúde, a mulher que tivesse mais filhos estaria mais propensa a também perceber e referir mais queixas sobre sua própria saúde. Na Tabela 6 mostra-se que não houve diferença significativa quanto

a referir morbidade, seja aguda e/ou crônica, e ter em casa de 1 a 3 ou mais filhos. Deste modo, não comprovou-se nenhuma destas suposições.

A Tabela 6 também mostrou que "atividade remunerada" foi a única variável que revelou-se significativa ($p < 0,05$) e apenas para a referência de morbidade aguda.

WALDRON e cols. (1996) ao investigarem quão protetor seria o casamento e o trabalho para a saúde das mulheres, estudaram americanas do estado de Ohio e concluíram que mulheres com companheiro e que trabalham têm melhor e menos problemas de saúde que aquelas sem uma ou ambas as características. Atribuíram o resultado ao fato que ter companheiro e trabalho produz benefícios que promovem a saúde, tais como aumento de renda e suporte social.

O trabalho de ROHLFS e cols. (1997), realizado na Espanha, buscou verificar a influência que o trabalho teria na percepção da mulher sobre sua saúde. Detectou que as donas-de-casa tinham a percepção de um nível mais pobre de sua saúde que mulheres que trabalhavam. Quando a classe social foi considerada e comparou-se mulheres de classe social mais baixa com donas-de-casa de classe social mais elevada, as primeiras percebiam seus níveis de saúde mais baixo que as últimas.

MAMEDE e cols. (1991) estudaram as percepções de 42 mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos, residentes na periferia de Ribeirão Preto - SP, sobre sua saúde e de suas famílias. Observaram que a mulher que trabalhava tinha preocupações com a sua saúde que incluíam

referências de doenças, mas ficava mais evidente sua preocupação com questões de ordem pessoal, social e econômica.

Para melhor avaliar este resultado da Tabela 6 foi analisada a relação qualitativa entre morbidade aguda e atividade remunerada na Tabela 8.

TABELA 8 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo exercício de atividade remunerada e morbidade aguda referida classificada conforme capítulos do CID-10. 1992.

Capítulo - CID 10	Atividade remunerada				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
X- Doenças do ap. respiratório	46	48,9	48	51,1	94	100,0
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de ex. clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	18	48,6	19	51,4	37	100,0
XIV- Doenças do ap. genitourinário	13	65,0	7	35,0	20	100,0
IX- Doenças do ap. circulatório	12	85,7	2	14,3	14	100,0
XI- Doenças do ap. digestivo	6	54,5	5	45,5	11	100,0
XIII- Doenças do sistema osteomusc. e do tecido conjuntivo	11	78,6	3	21,4	14	100,0
Demais capítulos	23	69,7	10	30,3	33	100,0

p = 0,0339 (alguns capítulos são agrupados na categoria "demais capítulos")

p = 0,0550 (todos os capítulos são incluídos nos cálculos)

Os dados da Tabela 8 mostraram que não houve diferença entre ter ou não ter atividade remunerada e referência de morbidade aguda no último mês anterior à pesquisa, principalmente relativa a patologias dos

aparelhos respiratório e digestivo e sinais e sintomas inespecíficos. As diferenças observadas relacionavam-se aos aparelhos genitourinário e circulatório e ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, que ocorreram mais freqüentemente entre mulheres que informaram realizar atividade remunerada.

As diferenças detectadas, com relação ao aparelho circulatório, podem estar relacionadas ao estilo de vida da mulher que trabalha fora de casa e ao tipo de atividade desenvolvida, no caso das diferenças observadas para queixas do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Os achados da presente pesquisa não mostraram significância entre as variáveis sociodemográficas e a referência de morbidade. Diferenças não puderam ser detectadas em decorrência da população estudada ter se mostrado homogênea em suas características sociais e demográficas.

4.2 MORBIDADE AGUDA

4.2.1 FREQUÊNCIA

Das 1157 mulheres estudadas, 19,3% (223) referiram morbidade aguda no período investigado, correspondendo a 41,8% das 534 que informaram algum problema. Para 48,9% (109) das mulheres a queixa de morbidade aguda foi a única citada, ou seja, não queixaram-se de problemas crônicos de saúde.

Os achados do estudo de LEBRÃO e cols. (1991), realizado com 7.075 pessoas residentes na área urbana de Botucatu-SP, revelaram que as mulheres representavam 55% das pessoas com queixa de morbidade nas 3 semanas anteriores à pesquisa.

O estudo de CANESQUI (1992), realizado com 187 famílias do município paulista de Paulínia, obteve que de 75% das pessoas que referiram morbidade aguda, no período de 15 dias anterior à pesquisa, 33% eram mulheres com idade de 15 a 49 anos.

COIMBRA e cols. (1996) ao estudarem 1.813 pessoas residentes no município maranhense de São Benedito do Rio Preto, detectaram que 51,9% das pessoas que referiram morbidade, no período de 30 dias anteriores à coleta dos dados, eram do sexo feminino.

Guardadas as devidas diferenças metodológicas entre os estudos de LEBRÃO e cols., de CANESQUI, de COIMBRA e cols. e este, infere-se que os 48,9% de frequência de queixas, ocorridas nos últimos 30

dias anteriores à pesquisa, obtidos entre as mulheres estudadas na Região Sul do município de São Paulo, se manteve numa faixa comum à de outros estudos.

Embora fatores como a memória possam prejudicar a referência de morbidade aguda, presume-se que, por ter sido investigado um período inferior ou igual a 30 dias da data da coleta dos dados, as pessoas conseguiram recordar com facilidade, principalmente quando o problema exigiu repouso e/ou lhes causou algum mal estar.

A Tabela 9 mostra a frequência com que cada grupo de patologias (CID-10) foi referido pela clientela estudada e a Tabela 10 mostra as 10 patologias ou sinais e sintomas mais referidos segundo classificação de três dígitos do CID-10. Em cada uma destas tabelas é mostrada, ainda, a proporção de mulheres que procurou atendimento médico, segundo o capítulo ou grupo de patologias.

As doenças do aparelho respiratório predominaram entre as mulheres que referiram morbidade aguda, pois 42,5% delas informaram queixa relativa a este aparelho (Tabela 9).

Vale ressaltar que 16,7% das pessoas que referiram morbidade aguda citaram estados mórbidos que não puderam ser classificados em outros capítulos do CID-10 que não fosse o de sinais, sintomas e achados laboratoriais não classificados em outra parte (sinais e sintomas mal definidos), o que colocou este tipo de queixa como a segunda em ordem decrescente de frequência (Tabela 9). Com a terceira maior frequência (9,0%) posicionaram os problemas relativos ao aparelho genitourinário.

TABELA 9 - Distribuição de queixas⁽¹⁾ de morbidade aguda segundo o capítulo do CID-10⁽²⁾ e de procura de atendimento médico por mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, Brasil. 1992.

Causa - CID 10	Queixas		Procura de atend. médico	
	n	%	n	%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0,5	-	-
II- Neoplasias (tumores)	2	0,9	2	100,0
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	0,9	2	100,0
V- Transtornos mentais e comportamentais	1	0,5	1	100,0
VI- Doenças do sistema nervoso	4	1,8	2	50,0
VII- Doenças do olho e anexos	4	1,8	4	100,0
VIII- Doenças do ouvido e do apófise mastóide	3	1,4	3	100,0
IX- Doenças do aparelho circulatório	14	6,3	13	92,8
X- Doenças do aparelho respiratório	94	42,5	42	44,7
XI- Doenças do aparelho digestivo	11	5,0	8	72,7
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	1,8	4	100,0
XIII- Doenças do sist. osteomuscular e do tec. conjuntivo	14	6,3	14	100,0
XIV- Doenças do aparelho genitourinário	20	9,0	17	85,0
XV- Gravidez, parto e puerpério	1	0,5	1	100,0
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	37	16,7	26	70,3
XIX- Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	9	4,1	8	88,9
TOTAL	221	100,0	147	66,5

(1)excluídos 2 casos com respostas que não se aplicavam (2)excluídos os capítulos que não apresentaram casos

Segundo CESAR (1997), a elevada proporção de queixas classificadas como sinais e sintomas mal definidos é uma peculiaridade dos estudos de morbidade referida, de base populacional, pois sinais e sintomas pouco característicos são muito citados.

Para LEBRÃO e cols. (1991), os sintomas e sinais mal definidos costumam ocupar lugar de destaque nas pesquisas realizadas em países em desenvolvimento, especialmente aquelas cujas informações são obtidas de pessoas leigas por intermédio de inquérito domiciliar.

Os achados da Tabela 9 referentes à primeira e segunda causa de queixa, foram condizentes com os resultados obtidos por LEBRÃO e cols. (1991), porém no estudo destes autores surgiram em terceira posição as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, que no presente estudo dividiram a quarta posição com as doenças do aparelho circulatório.

Apesar da maior frequência de doenças do aparelho respiratório, este foi o grupo acometido que menos procurou assistência médica, 44,7% apenas (Tabela 9). Grande parcela destas doenças foi formada por casos de gripe sendo esta a morbidade aguda de maior frequência (30,3%) e constituindo o grupo acometido que menos procurou assistência médica (29,3%) (Tabela 10).

Em outros estudos foram mostrados resultados semelhantes (LEBRÃO e cols.,1991; FURUNES e cols.,1996), o que coloca as gripes como afecções consideradas banais pela população em geral. Entretanto, a gripe causada por estirpes do vírus *influenza* é responsável por elevada morbidade em todo o mundo.

A literatura faz referência a diferença entre resfriado comum e gripe. O resfriado comum seria a infecção respiratória virótica aguda de maior prevalência cujas manifestações clínicas seriam mais suaves que aquelas da gripe, a febre não seria comum e a pneumonia uma complicação

rara de ocorrer (ANDREWES,1965; REIMANN,1977; KILBOURNE,1987).
Coloquialmente, no Brasil, as pessoas referem a ambos os estados
mórbidos como gripe.

A epidemiologia da gripe e resfriado é determinada pela
interação complexa de vários fatores incluindo virulência viral, especificidade
antigênica, sazonalidade, idade e a imunidade do hospedeiro (WHO,1991).

TABELA 10 - Distribuição de queixas* de morbidade aguda segundo código
de três dígitos do CID-10 e de procura de atendimento médico por mulheres
residentes na Região Sul do município de São Paulo, Brasil. 1992.

Causa - CID 10	Queixa		Procura de atend. médico	
	n	%	n	%
J11 - Influenza [gripe] devida a vírus não identificado	67	30,3	20	29,3
R10- Dor abdominal e pélvica	16	7,2	11	68,8
J02 - Faringite aguda	13	5,9	12	92,3
J40 - Bronquite não especificada como aguda ou crônica	7	3,2	4	57,1
M79- Outros transtornos dos tecidos moles, não classificado em outra parte	7	3,2	7	100,0
R51- Cefaléia	7	3,2	5	71,4
I10 - Hipertensão essencial (primária)	6	2,7	6	100,0
K29- Gastrite e duodenite	5	2,3	3	60,0
N93- Outros sangramentos anormais do útero e da vagina	5	2,3	4	80,0
T78- Efeitos adversos, não classificados em outra parte	5	2,3	4	80,0
Demais códigos	83	37,4	76	91,6
Total	221	100,	147	66,5

*As 10 maiores frequências, em ordem decrescente (alfabética, para valores semelhantes).

Segundo a WHO (1991), apesar da importância da infecção por gripe como causa de morbidade e mortalidade, existem poucos dados disponíveis sobre o impacto da doença em decorrência da não-procura dos serviços médicos pela população acometida. Dentre os dados existentes, geralmente produzidos por países desenvolvidos, a comparação do impacto da gripe entre os países é muito difícil porque os métodos usados na vigilância, bem como nas estimativas de mortalidade e morbidade são diferentes, o que leva a WHO a preconizar que estes métodos devam ser melhorados e padronizados.

No Brasil existem três centros de vigilância epidemiológica do vírus *influenza*, o Instituto Adolfo Lutz (SP), o Instituto Evandro Chagas (PA) e a Fundação Osvaldo Cruz (RJ). Estes centros coletam materiais - *swabs* nasais - e os enviam ao C.D.C. (*Center of Disease Control*) para análise. Embora o país participe desde 1950 da rede de 82 países, ligada à OMS, que monitora a circulação do vírus no mundo, o material coletado ainda não é representativo de todas as regiões brasileiras. A participação do Brasil no grupo tem o suporte técnico e, em parte, financeiro dos Estados Unidos e da França*.

Os estudos de CIRER (1968) e NOGUEIRA (1980) apontaram as gripes como a primeira causa de absenteísmo no trabalho. Esta última pesquisa também mostrou dados que situaram as gripes como a primeira causa de afastamento do trabalho tanto para a primeira licença, quanto para

* Informações coletadas em entrevista a Dra. Terezinha M. Paiva, chefe do Laboratório de Vírus Respiratórios, do Instituto Adolfo Lutz, em 02.12.98.

a segunda e terceira, sempre com uma frequência em torno de 40% e uma perda média de 2,43 dias de trabalho. Embora seja uma ausência de curta duração, o autor afirma que esta afeta muito mais a produção industrial - atividade desenvolvida pela empresa por ele estudada - que as ausências de longa duração.

Para KILBOURNE (1987), a gripe é uma doença incontrolável devido às constantes mutações virais e também a problemas de ordem econômica e política. Dispor de vacinas efetivas em quantidade suficiente para o atendimento à população e vigilância contínua dos níveis de infecção e das mudanças antigênicas virais são fatores que limitam o acesso de alguns países ao monitoramento da doença.

Quanto à segunda causa de queixas listadas na Tabela 10, as dores abdominais e pélvicas, a frequência foi bem menor que a de gripes (7,2%), mas a procura por atendimento foi superior (68,8%). Provavelmente, esta maior procura de cuidado médico, no caso das dores abdominais e pélvicas, pode ter estado associada a um maior incômodo ou apreensão quanto ao diagnóstico, que no caso das gripes. A não procura dos serviços pode, em grande parte, decorrer de queixas relacionadas ao período menstrual, as quais tenham sido citadas como dor abdominal inespecífica.

AGRÉUS e cols. (1994) estudaram a prevalência de sintomas abdominais e características demográficas de uma população suíça formada por adultos. Os autores detectaram que a prevalência deste tipo de queixa na mulher é significativamente maior que no homem, sendo, no grupo feminino, também maior a média de sintomas por indivíduo. As queixas

foram mais freqüentes entre mulheres na faixa de 20 a 34 anos, reduziram-se um pouco entre aquelas de 35 a 49 anos e voltaram a aumentar no período menopausal inicial, para depois caírem novamente após estabilização deste período.

4.2.2 USO DOS SERVIÇOS

Vários autores (BOLTANSKI,1989; MAMEDE e cols.,1993; FERREIRA,1994; MACRAN e cols.,1996) citam que a percepção de doença e de saúde está ligada ao desempenho dos papéis sociais das pessoas. Neste aspecto, há um destaque para o autocuidado, a efetivação das atividades do trabalho doméstico ou remunerado, mas também são consideradas as vertentes sociais e psicológicas do processo. As pessoas querem ter um desempenho social e imagem que estejam dentro das normas sociais do meio em que vivem, mas seguramente também querem ter o conforto de não sentir dor ou algo que as incomode. Partindo da avaliação do problema, as pessoas decidem se devem ou não procurar um profissional de saúde, quase sempre um médico.

É importante notar que dos 74 casos que não procuraram atendimento médico (Tabela 9), 47 (63,5%) eram casos de gripe (Tabela 10), confirmando esta queixa como comum e banal, haja vista que 100% dos casos acometidos por problemas de saúde, tais como a hipertensão arterial e do sistema osteomuscular, procuraram atendimento médico. Logo, as

patologias que mais levaram as pessoas a procurar assistência médica foram as mais graves ou aquelas que, de alguma forma, interferiam em sua imagem ou uso do corpo.

Na opinião de TÄNKÄ (1988), se os sintomas não parecem muito alarmantes ao paciente, problemas práticos como a distância do local de atendimento, o tempo necessário e o custo podem facilmente postergar, por longo tempo, a visita ao médico. Entretanto, afirma o autor, que este adiamento ocorre com mais frequência quando o paciente tem dificuldade em enfrentar e aceitar a presença da doença e suas conseqüências ou os sentimentos que isto possa suscitar.

Quando alguém com problemas de saúde procura um médico, independente do grupo social em que esteja inserido, está ansioso e inicialmente tem esperanças na capacidade médica para dissipar seus sentimentos negativos e eliminar a causa de seu mal. Entretanto, nem todos receberão os mesmos cuidados, não terão acesso à mesma tecnologia ou, o que parece mais socialmente injusto, não receberão atenção equivalente dos profissionais que lhes prestarão atendimento. Isto significa que a qualidade do atendimento prestado varia conforme o nível social do doente. Desta forma, os cuidados de saúde que cada estrato social recebe refletem a estrutura da sociedade.

No Brasil, a situação calamitosa em que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS), tem obrigado um número cada vez maior de pessoas e empresas a procurar atendimento médico por intermédio de seguros e planos de saúde privados. Devido à diversidade de planos, até

mesmo os grupos mais abastados têm utilizado este tipo de atendimento, haja vista o elevado custo da medicina privada.

O SUS é mais utilizado pelas camadas da sociedade mais carentes de recursos econômicos, sem acesso à medicina de grupo, e mesmo por grupos de nível social mais elevado para procedimentos de alta complexidade ou terapêuticas de elevado custo, as quais não são cobertas pela maioria dos planos de saúde. Desta forma, torna-se oneroso para o Estado prestar atendimento à população, pois há gasto excessivo com procedimentos que deveriam ser cobertos pela medicina de grupo, desviando-se, assim, recursos valiosos ao atendimento da população mais carente.

A maioria da população deste estudo, como afirmado anteriormente, pertence a níveis sociais mais baixos sendo, provavelmente, usuária do SUS. Tal suposição é confirmada pelos dados da Tabela 11, onde são mostrados os tipos de serviço utilizado pela mulher. Esta tabela mostrou que 53,1% das usuárias de serviço médico utilizaram serviços custeados pelo SUS no período investigado. Se incluído o único caso citado de atendimento por serviço universitário este número não aumentaria muito, elevar-se-ia para 53,8%.

O segundo tipo de serviço mais utilizado foi o conveniado*, congregando 34,0% das mulheres estudadas que utilizaram algum serviço para atendimento de queixa aguda.

* Estão incluídos apenas os atendimentos financiados pela medicina de grupo, seja plano particular ou de empresa. Atendimentos citados que tenham sido financiados pelo SUS foram categorizados como "público".

TABELA 11 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul de São Paulo, segundo o tipo de serviço de saúde utilizado para controle da morbidade referida como aguda. 1992.

Tipo de serviço*	Frequência	
	n	%
Público	78	53,1
Privado	7	4,8
Conveniado	50	34,0
Público + Privado	1	0,7
Público + Conveniado	1	0,7
Privado de cortesia	3	2,0
Ambulatório de empresa	3	2,0
Universitário	1	0,7
Farmácia	1	0,7
Ignorado	2	1,4
Total	147	100,0

*Excluídas as combinações que não apresentaram casos.

4.2.3 A AUTOMEDICAÇÃO

BUCHER (1992) afirma que a utilização de medicamento industrializado tem crescido ao ponto de incorporar-se ao acervo popular de conhecimento, resultando numa tendência crescente à automedicação. Aponta como causas possíveis do uso indiscriminado de medicamentos, a ausência ou omissão no controle da produção e comercialização de drogas por parte do Estado, o intenso esforço persuasivo por parte da indústria farmacêutica, o alto custo dos serviços médicos para a população brasileira

e o alto grau de sugestibilidade e credulidade de amplos segmentos populacionais.

Acredita-se que está subestimado o número de pessoas que informaram a procura de farmácias para consultar o balconista ou comprar um medicamento sem prescrição médica, pois além de não se ter explorado este assunto no questionário, sabe-se que, freqüentemente, sem que tenham ouvido a opinião de um médico, as pessoas tentam sanar alguns problemas de saúde de diversas formas, dentre as quais destaca-se a automedicação.

O estudo de ARRAIS e cols. (1997) sobre o perfil da automedicação no Brasil detectou que esta prática é mais comum entre mulheres na faixa etária de 16 a 45 anos. Entre os homens é mais freqüente nas idades extremas. A droga mais consumida é a dipirona (7,1%) e o motivo mais freqüente para o consumo é a infecção respiratória alta (19,0%). Os autores estimam que metade da população brasileira pratique a automedicação.

É interessante que se diga que a automedicação, quando utilizada indiscriminadamente, torna-se um sério problema de saúde pública e chega a ser tema vultoso quando avaliado pelo prisma da prática entre mulheres em idade fértil. Este grupo apresenta singularidades no risco do uso de medicamento, pois usado na gravidez pode atingir dois organismos quando apenas um o consumiu e causar danos de variada monta ao feto.

GOMES (1994) após estudar o uso de medicamentos por gestantes que deram a luz em cinco hospitais da cidade de São Paulo, detectou que um terço delas havia utilizado medicamentos por automedicação. Concluiu que mulheres que utilizaram medicamentos com prescrição médica estavam também propensas a automedicar-se, sendo que a recíproca nem sempre foi verdadeira. Atribuiu que o fato estava relacionado ao nível socioeconômico delas. Aquelas de nível mais elevado utilizavam mais medicamentos com prescrição médica e também sem prescrição, enquanto que aquelas de nível mais baixo quando utilizaram mais medicamentos sem prescrição médica, tinham baixo consumo de medicamento prescrito.

Para BOLTANSKI (1989) a compra de um medicamento sem receita médica não é nunca um comportamento isolado. Em todos os grupos sociais, aqueles que compram medicamentos sem receita médica e, aparentemente, por sua própria iniciativa, compram também medicamentos sob prescrição médica e consultam os médicos.

4.2.4 QUALIDADE DO ATENDIMENTO - SATISFAÇÃO DA CLIENTELA

Na opinião de DONABEDIAN (1985), o nível de qualidade dos serviços mede o sucesso ou falha no alcance dos objetivos sociais do sistema de cuidados de saúde, sendo necessário se conhecer quem recebe cuidados de melhor e de pior qualidade e quais as razões para que ocorram

as desigualdades. Para este autor, a qualidade do atendimento pode ser percebida partindo de dois pontos de vista, do provedor e do consumidor de cuidados.

Neste estudo procurou-se conhecer a opinião do consumidor*, a qual foi classificada como positiva, negativa ou abrangendo alguns aspectos positivos e outros negativos do atendimento. Algumas mulheres citaram informações apenas referente ao sistema ou aos médicos. Como houve uma divisão natural destas abordagens optou-se por avaliá-las separadamente, mas fique claro que não se perguntou sobre estes aspectos em separado.

A maioria (78,3%) das 143 pessoas que responderam sobre a qualidade do atendimento que recebeu, referiu-se ao atendimento prestado pelo profissional médico. Para estas pessoas o que teve mais importância foi como o médico as atendeu, resolveu o seu problema, desconsiderando os demais aspectos e pessoas envolvidas no processo.

Os elogios, que constituíram maioria (57,3%), foram ditos em frases curtas do tipo "atendem bem, tratam bem, examinam bem ou direitinho", em seguida havia elogios como "examinam, pedem exame, passam remédio", "resolveu meu problema". Os pontos negativos (4,2%) foram expressados em frases mais longas tais como "não examinam direito", "são rápidos demais, examinam com a gente em pé", "passou remédio sem

* Devido a estes dados serem provenientes de questões abertas, fez-se necessário inicialmente sua análise interpretativa para classificá-los como positivo, negativo ou combinação destes dois aspectos. Após esta etapa foram codificados e analisados quantitativamente.

pedir exames e sem ter certeza do diagnóstico", "piorei com a medicação prescrita, voltei ao médico e ele mandou continuar, então parei e desisti".

TABELA 12 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo qualidade do serviço de saúde que prestou atendimento e tipo de serviço. 1992.

Qualidade do atendimento ^(*)	Tipo de serviço					
	Público		Conveniado		Todos ^(**)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
= médicos						
- positivo	37	48,7	31	63,2	82	57,3
- negativo	4	5,3	1	2,1	6	4,2
- positivo e negativo	16	21,0	6	12,2	24	16,8
= serviço em geral						
- positivo	13	17,1	10	20,4	23	16,1
- negativo	2	2,6	-	-	3	2,1
- positivo e negativo	4	5,3	1	2,1	5	3,5
Total	76	100,0	49	100,0	143	100,0

*Na opinião da mulher **Excluídos 3 casos que não fizeram referência à qualidade do atendimento e 1 não registrado

Quase sempre quando houve um misto de elogios e críticas (16,8%), os primeiros eram dirigidos aos médicos e os últimos ao sistema de atendimento. Tal como em "demora demais a atender, mas o médico tratou bem", "esperei duas horas, mas o médico me examinou e passou remédio", "o médico foi bom, mas há muito tempo que espero por um exame/cirurgia".

Estas frases revelam a valorização que o paciente dá ao modo como ocorre a relação médico-paciente. As pessoas que procuram

atendimento médico consideram que têm um motivo que justifica a procura, seja ou não por alteração orgânica. Quando o paciente decide ir ao médico pondera sobre a decisão e a considera como solução única para seu problema, portanto, o médico deve valorizar a queixa do paciente.

TANAKA (1994) cita que a opinião positiva da clientela sobre os serviços está relacionada diretamente à forma e condições de atendimento e não necessariamente à resolução do problema inicial, refletindo basicamente o trato interpessoal entre a equipe e a clientela.

Para o paciente, um médico que não o atende como ele espera, ou seja, não o ouve, não o examina pormenorizadamente, não explica o que ele tem, não pede exames e não prescreve medicamentos, não prestou um bom atendimento.

Decerto, nem sempre é necessário que todas estas etapas ocorram, muitas vezes, a solução da queixa referida não exige exames de laboratório ou medicamentos caso esteja embasada numa relação médico-paciente em que predomine a confiança mútua. Entretanto, esta relação tem sofrido mudanças resultantes de vários fatores como: o despreparo dos médicos decorrente da multiplicação das faculdades de medicina, onde nem sempre há uma boa qualidade de ensino (a medicina é apenas um exemplo do que tem ocorrido com o ensino superior no país); os baixos salários que expulsam os melhores profissionais da rede pública e reduzem o quadro de médicos para o atendimento a uma demanda crescente de pacientes que padece com este déficit; a maioria dos profissionais investe mais tempo e atenção no atendimento de pacientes que pagam pela consulta que no

atendimento daqueles que serão financiados pela medicina de grupo e, pior ainda, pelo SUS.

BOLTANSKI (1989) cita que a duração da consulta médica parece diminuir bastante com a classe social do paciente. Cita ainda que devido à assimetria da relação médico-paciente - uma relação de classe - a atitude médica varia, principalmente, conforme a classe social do paciente. Para aqueles de nível social mais baixo pode chegar a se abster de fornecer razões para suas perguntas, ações e prescrições.

Esta condição deficiente do atendimento médico pode também ser verificada na população deste estudo, na Tabela 12. A proporção de mulheres satisfeitas foi maior entre as que tiveram atendimento em serviços de medicina de grupo, enquanto que as respostas com aspectos negativos foram mais freqüentes entre mulheres que informaram atendimento em serviços públicos.

Ressalta-se que uma das respostas negativas mais citadas pelas mulheres versava sobre a pressa no atendimento prestado pelo médico.

Neste sentido, VIEIRA (1990) cronometrou 41 consultas, na área de ginecologia, em um ambulatório do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na cidade de São Paulo. Obteve como resultado uma média de 9 minutos para consultas novas e de 4 a 7 minutos e meio para consultas de retorno. A consulta mais rápida ocorreu em menos de dois minutos e a mais demorada em 19 minutos. Os médicos eram contratados para trabalhar por quatro horas diárias e atenderem 16

pacientes, das quais quatro eram casos de retorno. O INAMPS preconizava consultas de 15 minutos, entretanto, o que a autora constatou foi "...uma prática institucionalizada entre os médicos de atender em duas horas o total de pacientes agendadas, ou mesmo em tempo inferior".

Apesar dos resultados obtidos mostrarem que a maioria (73,4%) das mulheres citaram apenas pontos positivos do atendimento recebido, o que pode ser observado entre as pessoas em geral é que elas têm estado descrente do sistema de saúde, da medicina, duvidam dos diagnósticos e, quase sempre, ouvem a opinião de mais de um médico sobre o mesmo problema. Além disso, como o médico parece não ser mais capaz de fazer diagnósticos corretos baseado apenas na clínica apresentada pelo paciente buscando uma confirmação por meio de exames de laboratório, as pessoas passaram a acreditar mais no poder diagnóstico dos exames e curativo dos medicamentos que na capacidade resolutive dos médicos.

VIEIRA (1990) afirma que "no modelo da medicina tecnológica a investigação "desarmada" é substituída pela dependência de recursos tecnológicos materiais, o que torna os exames subsidiários fundamentais para afastar diagnósticos diferenciais perigosos. Esses recursos materiais substituíram, assim, o tempo gasto durante a consulta".

Esta autora afirma ainda que a clientela por ela estudada tinha como parâmetro, para avaliar a qualidade do trabalho e competência médica, as perguntas que o médico fazia, o exame físico e a solicitação de exames, pois na utilização destes instrumentos o médico poderia "descobrir a doença" e

consequentemente "acertar o remédio". Assim sendo, a cliente só saberia se a consulta foi boa quando usasse o medicamento e este resolvesse o problema.

QUEIROZ e cols. (1992) estudaram as representações de médicos da rede básica de saúde de Campinas-SP sobre o serviço no ano de 1988, obtiveram que 83,4% dos médicos concordaram, integral ou parcialmente, com a possibilidade de prestar assistência médica de boa qualidade trabalhando-se com uma lista básica padronizada de medicamentos e equipamentos que contivesse apenas uma parte dos itens existentes no mercado.

Neste mesmo estudo 85,4% dos médicos concordaram, integral ou parcialmente, que não havia uma boa qualidade no atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos, na época vinculados ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Quanto à opinião das mulheres relativa à qualidade do atendimento em geral - sem considerar o atendimento médico em separado - com exceção de uma pessoa com resposta negativa, todas as demais que reportaram opinião sobre o tema foram atendidas em serviços públicos ou em conveniados, o que leva o tema "qualidade do atendimento" a ser quase exclusivo para as usuárias destes dois tipos de serviço (Tabela 12). Mais uma vez as respostas de cunho positivo foram maioria (16,1%). As mulheres fizeram elogios curtos reportando a cortesia e rapidez no atendimento.

Referências negativas (2,1%) foram feitas à demora no atendimento, à falta de médicos, ao uso de aparelhos desatualizados ou falta deles, às constantes greves no setor público que prejudicavam o atendimento.

As queixas em que eram citados estes dois aspectos, positivo e negativo, informavam sobre: a falta de resolatividade do setor público que apesar de enviar os casos graves ao setor conveniado, solucionar problemas simples; os numerosos deslocamentos para conseguir atendimento, embora este tivesse sido bom; a grosseria dos funcionários, ainda que o tratamento indicado tivesse sido eficaz.

De um modo geral, a clientela dos serviços conveniados informou uma maior satisfação com o atendimento recebido que a clientela dos serviços públicos, pois 83,6% e 65,8% destas clientelas, respectivamente, citaram apenas aspectos positivos do atendimento (Tabela 12).

Segundo TANAKA (1994), a satisfação da clientela é reflexo de sua expectativa de consumo, a qual tem relação direta com o nível social do usuário. Quando oferecido um mesmo serviço para clientelas de níveis sociais diferentes, aqueles de nível mais baixo, por ter uma expectativa inicial mais baixa, têm um grau de satisfação mais elevado. Tal situação, não necessariamente retrata um adequado processo de trabalho e nem sempre garante a mais adequada resolução para a queixa que motivou a procura do serviço.

Entre as mulheres estudadas da Região Sul de São Paulo, não pode ser aplicada esta idéia, pois os serviços oferecidos não eram os mesmos. Entretanto, a maior satisfação entre mulheres que receberam atendimento em serviços conveniados denota que suas expectativas iniciais foram melhor atendidas que aquelas de mulheres que receberam atendimento em serviços públicos.

4.2.5 COERÊNCIA DE RESPOSTAS

A análise das variáveis de abordagem da comunicação do diagnóstico pelo médico e a prescrição de medicamentos foi incluída com o objetivo de utilizá-las para avaliar a coerência das respostas da clientela estudada e cotejar diferenças entre os dois principais tipos de serviço. Entretanto, não houve a detecção de diferenças significativas destas variáveis entre os serviços, mas notou-se ter havido um suave aumento nos resultados dos serviços conveniados quando comparados aos do setor público (Tabela 13).

Concernente à comunicação do diagnóstico ao paciente, o estudo de QUEIROZ e cols. (1992) detectou que 82,1% dos médicos pesquisados concordaram plenamente sobre o direito do paciente em conhecer seu diagnóstico. Quando argumentado que para os pacientes de baixa escolaridade é necessário explicar o diagnóstico e as condutas, apenas 11,1% dos médicos concordaram plenamente, 66,0% discordaram e 22,1% concordaram parcialmente. Os autores interpretaram os dados como indicativos de uma atitude discriminatória na relação médico-paciente conforme o nível cultural do paciente.

Como citado anteriormente, a checagem das respostas fornecidas pela mulher foi realizada unicamente com a finalidade de verificar se havia ligações possíveis entre as respostas fornecidas e não de validá-las. A validação só seria possível em estudo de modelo observacional, ou seja, naquele que envolvesse a checagem da informação por meio de exame médico e/ou laboratorial.

TABELA 13 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo comunicação do diagnóstico, prescrição de medicamentos, coerência de respostas e tipo de serviço. 1992.

	Tipo de serviço					
	Público		Conveniado		Todos ^(**)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comunicação do diagnóstico	60	76,9	45	88,2	118	80,3
Prescrição de medicamentos	65	83,3	44	86,3	122	83,0
Coerência das respostas da clientela						
- sim	53	67,9	37	74,0	105	71,4
- não	2	2,6	-	-	2	1,4
- em parte	3	3,8	3	6,0	7	4,8
- faltam dados conclusivos	15	19,2	7	14,0	24	16,3
- falta fazer exames ou receber resultados	5	6,4	3	6,0	9	6,1

No entanto, em um estudo de morbidade referida é fato que, mesmo feita a checagem da coerência entre as respostas, há fatores que podem interferir, gerando resultados falsos, dos quais os mais comuns são a incorporação de termos médicos ao repertório popular para indicar queixas citando diagnósticos e outro é a memória, cuja falha pode levar a pessoa a citar um problema de saúde que tenha sofrido fora do período investigado. Apesar disto, acredita-se que as mulheres não citaram queixas que não apresentaram.

Os dados da Tabela 13 mostram que incoerência total entre as respostas foi mínima, apenas duas (1,4%) mulheres se enquadraram nesta situação, sendo ambas usuárias de serviços públicos. A incoerência parcial foi um pouco maior, 4,8% das usuárias de serviços de saúde. A somatória

das proporções que, de alguma forma, não permitiram uma conclusão sobre o tema foi de 22,4%. A maioria das mulheres (71,4%) apresentou respostas coerentes e se excluídas aquelas inconclusivas (22,4%), ter-se-á que 92,6% das mulheres foram coerentes em suas respostas.

A partir destes achados infere-se que as mulheres souberam referir os problemas agudos de saúde que apresentaram durante o período investigado e fizeram referência de um estado mórbido, se não real, com condições essenciais para ter sido um fato ocorrido.

4.3 MORBIDADE CRÔNICA

A América Latina tem sofrido, nas últimas décadas, profundas mudanças em seu perfil demográfico e epidemiológico decorrentes da redução das taxas de fecundidade, mortalidade infantil e por doenças infecciosas e carenciais, acompanhadas de um aumento na esperança de vida ao nascer, nas migrações urbanas e no tamanho da população. Estas modificações na estrutura demográfica ocasionaram o envelhecimento da população e provocaram o aumento nas taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas, tais como as cardiovasculares e neoplásicas (MURRAY & CHEN, 1992; DEBERT-RIBEIRO, 1993).

MURRAY & CHEN (1992) ao avaliarem a transição do quadro de morbidade e mortalidade, citam dentre as alterações ocorridas, as melhorias tecnológicas que permitem reversões de casos possivelmente fatais e assim sendo, há redução na taxa de mortalidade sem uma correspondente diminuição nas taxas de morbidade.

Por outro lado, KANE (1991) adverte que os avanços tecnológicos podem suscitar nos portadores de doenças crônicas a expectativa de que, com a idade avançando e os progressos médicos ocorrendo, eles podem ficar livres de doenças e incapacidades comuns à velhice o que, quase sempre, não é possível.

Além desta variação conforme a idade, as taxas de mortalidade e morbidade diferem também entre os sexos, sendo maior a mortalidade entre os homens e a morbidade entre as mulheres. Alguns autores acreditam que um grande diferencial no padrão de mortalidade por doenças crônicas entre

os sexos decorre dos diferenciais no hábito de fumar, o qual sempre foi maior entre os homens. Acreditam que a tese se confirmará caso a mortalidade feminina aumente em anos futuros, conforme tem ocorrido com o hábito de fumar entre as mulheres (DEBERT-RIBEIRO, 1993; ROBLES, 1993).

NATHANSON (1980) supõe que as taxas de doenças crônicas seriam mais elevadas entre as mulheres, devido estas utilizarem os serviços de saúde mais que os homens e o maior número de contatos com um médico aumentaria a possibilidade de diagnóstico de doenças crônicas.

No capítulo introdutório deste trabalho foi abordado este assunto podendo ser observado nos dados da Tabela 1, referentes a residentes no Brasil em 1995, os coeficientes de mortalidade e de eventos mórbidos que resultaram em internação hospitalar para ambos os sexos.

É incontestável que as mulheres referem e nelas são diagnosticados um número maior de eventos mórbidos que no homem, pois a literatura relativa ao assunto confirma isto. Contudo, a mulher não pode ser considerada portadora de uma saúde mais frágil que o homem. Na verdade, o que pode ocorrer é que os fatores culturais contam muito. O homem é tão vulnerável quanto a mulher, entretanto, a cultura não o permite valorizar os sintomas que não estejam relacionados ao risco de vida. É como se para o homem fosse obrigatório ser sempre forte, um vencedor.

Assim, a diferença na morbidade e mortalidade entre os gêneros recebe contribuição importante de determinantes culturais à baixa utilização dos serviços médicos por homens, que dificulta ou impossibilita a prevenção, diagnóstico e reversão dos estados mórbidos.

4.3.1 FREQUÊNCIA

TANAKA (1998) afirma que as doenças crônico-degenerativas, apesar das diferenças regionais, estão entre as causas de morte de maior incidência no país. Estas doenças vitimam considerável parcela de mulheres, em sua maioria, em idade superior a 50 anos.

Dentre as 534 mulheres que citaram queixa de morbidade neste estudo, 425 (79,6%) informaram ser portadoras de morbidade crônica. A informação deste tipo de morbidade como único problema de saúde foi feita por 311 mulheres (58,2%).

O grupo de doenças crônicas referidas, de maior frequência entre as mulheres estudadas, foram as do aparelho respiratório (17,2%), seguido pelo de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,1%), do aparelho circulatório (13,1%) e os sinais, sintomas mal definidos (11,9%), nesta ordem, e por outras de menor frequência (Tabela 14).

LEBRÃO (1991) detectou em seu estudo resultado semelhante, em que as doenças respiratórias foram também as mais encontradas entre residentes do município paulista de Botucatu, no período de 1983 a 1984. Afirmou que é comum o predomínio de doenças respiratórias em estudos de morbidade, seja por inquérito domiciliar, seja no estudo da demanda hospitalar ou ambulatorial.

Consoante MIRANDA e cols. (1994), mundialmente, as doenças respiratórias crônicas são responsáveis por importante parcela de absenteísmo ao trabalho e à escola, dentre outras limitações às atividades humanas.

TABELA 14 - Distribuição de queixas⁽¹⁾ de morbidade crônica segundo o capítulo do CID-10⁽²⁾ e procura de atendimento médico por mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, Brasil. 1992.

Causa - CID 10	Queixas		Procura de atend.	
	Nº	%	Nº	%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	1,0	4	100,0
II- Neoplasias (tumores)	5	1,2	5	100,0
III- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	9	2,1	6	66,7
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	15	3,6	14	93,3
V- Transtornos mentais e comportamentais	1	0,2	1	100,0
VI- Doenças do sistema nervoso	23	5,5	17	73,9
VII- Doenças do olho e anexos	5	1,2	4	80,0
VIII- Doenças do ouvido e do apêndice mastóide	3	0,7	3	100,0
IX- Doenças do aparelho circulatório	55	13,1	51	92,7
X- Doenças do aparelho respiratório	72	17,2	60	83,3
XI- Doenças do aparelho digestivo	34	8,1	31	91,2
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	2,6	10	90,9
XIII- Doenças do sist. osteomuscular e do tec. conjuntivo	59	14,1	48	81,4
XIV- Doenças do aparelho genitourinário	40	9,5	36	90,0
XV- Gravidez, parto e puerpério	1	0,2	1	100,0
XVII- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	0,7	3	100,0
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	50	11,9	35	70,0
XIX- Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	29	6,9	20	69,0
TOTAL	419	100,0	349	83,3

Excluídos: (1) 6 casos com respostas que não se aplicavam ou não registrados; (2) capítulos que não apresentaram casos

No Brasil, segundo TANAKA (1994), das causas de morte feminina relacionadas ao aparelho respiratório, as pneumonias e bronquite

crônica são responsáveis por cerca de 80% e 50% destas mortes, respectivamente. Dentre as vítimas, a parcela mais representativa é a formada por mulheres das Regiões Sul e Sudeste.

A bronquite foi a doença respiratória crônica de maior frequência (43,1%). Isoladamente, correspondeu a 7,3% de todas as doenças crônicas referidas, conforme dados mostrados na Tabela 15.

TABELA 15 - Distribuição de queixas* de morbidade crônica segundo código de três dígitos do CID-10 e procura de atendimento médico por mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, Brasil. 1992.

Causa - CID 10	Queixas		Procura de atend.	
	Nº	%	Nº	%
I10 - Hipertensão essencial (primária)	34	8,1	34	100,0
J40 - Bronquite não especificada como aguda ou crônica	31	7,3	25	80,6
M53- Outras dorsopatias, não classificadas em outra parte	28	6,6	20	71,4
T78 - Efeitos adversos, não classificados em outra parte	28	6,6	20	71,4
J32 - Sinusite crônica	21	5,0	20	95,2
K29 - Gastrite e duodenite	20	4,7	17	85,0
M79- Outros transtornos dos tecidos moles, não classif. em outra parte	18	4,3	15	83,3
G43- Enxaqueca	15	3,6	9	60,0
R45- Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	13	3,1	9	69,2
R10- Dor abdominal e pélvica	12	2,8	8	66,7
R51- Cefaléia	12	2,8	8	66,7
J30 - Rinite alérgica e vasomotora	11	2,6	9	81,8
D64- Outras anemias	8	1,9	5	62,5
N39- Outros transtornos do trato urinário	8	1,9	8	100,0
I83 - Varizes dos membros inferiores	7	1,7	5	71,4

*As 15 maiores frequências, em ordem decrescente (alfabética, para valores semelhantes).

A bronquite tem contribuído para elevar os índices de mortalidade entre pessoas de idade superior a 65 anos, entretanto, para aquelas de meia-idade e jovens raramente é fatal; a mortalidade é maior entre pessoas de nível social mais baixo e acomete mais homens que mulheres, embora sem uma diferença marcante (WILLIAMS, 1993).

As evidências científicas têm apontado o hábito de fumar como um dos males do século, o qual, reafirma-se, tem aumentado entre as mulheres e contribuído para a elevação das taxas de incidência de diversas doenças crônicas, dentre as quais, as respiratórias e dentre estas, a bronquite.

ROBLES (1993) cita que a prevalência do hábito de fumar entre as mulheres paulistanas aumentou no período de 1971 a 1986 em 155%, enquanto que para os homens o aumento foi de 28,5%, sendo comum este comportamento de elevação das taxas para cidades como Caracas e Santiago, no mesmo período. É provável que os movimentos ocorridos desde a segunda metade da década de 60, em prol da emancipação feminina, tenham contribuído muito para a atual situação.

Embora a bronquite tenha sido a doença respiratória mais referida, a hipertensão essencial ou primária foi aquela de maior frequência (8,1%) entre todas as patologias citadas (Tabela 15) e correspondeu a 61,8% das doenças do aparelho circulatório.

Segundo PICCINI & VICTORA (1994), a hipertensão essencial é o tipo mais freqüente (85%) na população em geral. Afirmam os autores

que quando identificado os fatores de risco, estes podem ser trabalhados de modo a se reduzir as conseqüências nocivas da patologia.

Consoante TANAKA (1998), as doenças ligadas ao aparelho circulatório são a primeira causa de morte entre as mulheres com idade superior a 10 anos, mas com freqüência maior entre aquelas com mais de 50 anos. Entre mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, estas doenças correspondem a 21,2% dos casos de óbito, elevando-se para 39,5% entre as de mais de 50 anos.

As diferenças relativas à freqüência da hipertensão entre os sexos, parece variar nos diversos estudos compulsados, entretanto, não se notam variações significativas entre os resultados obtidos. Há unanimidade quando afirmam que aumenta o número de casos conforme a idade também se eleve.

KIESSLICH (1989), estudando 1.176 pessoas na faixa etária de 15 a 64 anos, residentes do município de Porto Alegre, obteve que não houve diferença significativa nos níveis de pressão arterial observados para ambos os sexos. Resultados semelhantes foram mostrados por PICCINI & VICTORA (1994) com população também gaúcha, em Pelotas.

REGO e cols. (1990) obtiveram que dentre as populações estudadas em Porto Alegre-RS e São Paulo-SP, a freqüência de hipertensão foi maior entre os homens.

Com dados mais explicativos, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993) afirmou que no Brasil a hipertensão é predominante entre mulheres quando a faixa etária é superior a 40 anos e se inverte nas faixas etárias

menores. Afirmou ainda que o risco de desenvolver complicações associadas à hipertensão arterial é maior nos homens que nas mulheres, para níveis pressóricos semelhantes.

Quanto à relação entre nível social e hipertensão, os achados do estudo de CARVALHO e cols. (1983), o qual buscava detectar se havia diferenças na pressão arterial conforme o nível social do indivíduo, mostrou que, de modo geral, os grupos de nível social mais baixo estavam mais propensos a apresentar níveis pressóricos mais elevados que os grupos de nível social mais alto.

Ocuparam a terceira posição dentre as patologias mais citadas pelas mulheres selecionadas para este estudo, aquelas referentes a dorsopatias e a efeitos adversos (Tabela 15).

No que se refere às dorsopatias, todos os casos eram citados como problema de coluna e quando investigado os sintomas, grande parte do grupo informou dor lombar. Os resultados foram significativos para as variáveis estado conjugal e escolaridade e sem significância estatística para atividade remunerada, revelando ter sido esta queixa mais comum entre as mulheres com companheiro (60,7%) e as de baixa escolaridade (75,0%). Ter ou não atividade remunerada dividiu o grupo em proporções iguais de 50% cada.

GARCIA e cols. (1994) mostraram resultados semelhantes ao estudarem queixas crônicas relativas ao sistema músculo-esquelético formuladas pela população residente em Astúrias, na Espanha. As queixas de mais da metade da população estudada foram referentes a dores na

coluna lombar e cervical. Os achados revelaram que as queixas foram significativamente mais comuns entre mulheres e entre pessoas com baixa escolaridade e de modo não significativo estatisticamente, foi mais comum entre pessoas casadas, entre habitantes da região urbana e entre donas-de-casa.

Portanto, a atividade manual desenvolvida por parte significativa das mulheres estudadas que informaram trabalhar não contribuiu de modo representativo para a queixa de dor lombar como se pensou a princípio. Nem tampouco, as atividades domésticas para aquelas sem atividade remunerada, sendo provável que a queixa resulte de uma somatória destas e outras ações, as quais podem ser menos habituais às mulheres solteiras sem companheiro.

Quanto aos efeitos adversos apresentarem-se como a quarta maior frequência na Tabela 15, decorre da alocação de respostas concernentes ao quadro de alergia inespecífica, os quais não puderam ser classificados de outra forma.

Os problemas de saúde relativos aos órgãos dos sentidos apresentaram baixa frequência. Referentes aos transtornos da visão foram citados 2 casos de catarata, 1 de "problema de vista" e apenas 1 de miopia. Relativos ao aparelho auditivo foram informados 2 casos de labirintite e 1 de "problema no ouvido".

No estudo de CESAR (1997) sobre morbidade referida por 10.199 pessoas residentes na área metropolitana de São Paulo, as deficiências físicas, tais como a dificuldade para enxergar e a surdez, foram

questionadas diretamente. Os resultados obtidos mostraram que dentre as deficiências físicas, a dificuldade de enxergar foi a de maior prevalência em todas as faixas etárias a partir de um ano de idade. Entre mulheres com idade de 20 a 49 anos, a queixa de dificuldade de enxergar teve prevalência de 30%, enquanto cerca de 12% referiram surdez.

As diferenças existentes entre os resultados obtidos no estudo de CESAR (1997) e neste, decorrem, essencialmente, da diversidade nas metodologias utilizadas em ambos os estudos para detectar casos de mesmos problemas. Enquanto no primeiro o tema foi abordado com questões dirigidas à detecção específica dos casos, no segundo a questão era aberta, não estimulando a mulher a afirmar ou negar o problema.

Crê-se, então, que os casos de transtornos de visão e de audição, principalmente, tenham sido mais numerosos que os mostrados na Tabela 14.

4.3.2 SAÚDE MENTAL

Sob o ponto de vista de gênero, vale destacar sobre morbidade feminina, seja referida ou não, os problemas relativos à saúde mental. Foram poucas as mulheres que relataram queixas que, claramente, tinham conotação de problema relativo à mente ou mesmo ao estado emocional, embora saiba-se que muitos casos relatados como funcionais poderiam ser resultado do processo de somatização de queixas emocionais.

Houve relato de apenas um caso de estafa, entre estados agudos, e um de transtorno mental não especificado, citado como crônico.

O nervosismo foi o mais referido dos sintomas relacionados às emoções, com referência de 2 casos agudos e 13 crônicos.

FINKLER (1985) explica que na América Latina, o conceito de nervosismo é aplicado ao estado nervoso geral, quando nada parece dar certo e, então, a aflição emocional se expressa em hiperatividade do sistema nervoso autônomo, como pressão no peito, hiperventilação, sudorese, tremores ou diarreia. Entretanto, o conceito aplicado pelas mulheres da Região Sul do município de São Paulo foi além deste, pois elas referiam estados como o de "perder a paciência", "falar alto e brigar demais com os filhos", "chorar sem motivo".

Consoante PALTIEL (1993), definir saúde mental é uma tarefa tão difícil quanto o é definir saúde. A autora cita a definição do *Departament of Health and Human Services* (EUA): "saúde mental é não só a ausência de transtornos mentais mas também a capacidade que tem o indivíduo de superar as dificuldades diárias e as diversas classes de interação social na vida sem sofrer disfunção cognitiva, emocional ou de conduta". Cita ainda que esta capacidade individual deve ser analisada numa perspectiva de gênero para que se examine condições favoráveis ou obstáculos ao desenvolvimento e manutenção desta capacidade de superação de homens e mulheres.

As opiniões normativas que orientavam as observações sociológicas e psicológicas e as inferências sobre a conduta de homens e

mulheres apropriada a cada sexo, incluíam o conceito da mulher como modelo de pessoa doente. Com o surgimento do movimento feminista na década de 60, tem-se questionado e alterado os preceitos e práticas existentes, tem-se produzido novas informações sobre a maneira de pensar, sentir e comportar-se da mulher, que desafiam as hipóteses discriminatórias tradicionais sobre a saúde, patologia e amadurecimento baseadas em esteriótipos do sexo (PALTIEL, 1993).

MEAGHER & MURRAY (1997) afirmam que a depressão é duas vezes mais comum na mulher que no homem, justificam que a diferença decorre da interveniência de fatores culturais que produzem a discriminação da mulher tendo esta, para os autores, papel importante na origem da depressão.

A discriminação, neste caso, segundo PALTIEL (1993), é uma forma de tensão em que se presta pouca atenção na vida das mulheres, particularmente daquelas pobres e desamparadas, das incapacitadas e das pertencentes a minorias culturais.

CHETLEY (1994) cita que a *Roche* ao efetuar propaganda para o medicamento *Librium* (clordiaxepóxido) mostrou duas mãos, uma de homem - um médico - e uma de mulher, de quem o médico verificava a pulsação. No título estava escrito: "Qualquer que seja o diagnóstico... Librium". A um conhecido fabricante de medicamentos abordar desta forma a questão, faz-se óbvia a produção social dos esteriótipos femininos, a discriminação da mulher enquanto gênero.

No sentido de reverter a situação discriminatória contra a mulher, se faz necessária a análise das questões de saúde mental a partir de um prisma em que as diferenças sociais entre os gêneros não existam. O estudo de WILHELM & PARKER (1989) mostrou evidências que quando os papéis sociais são controlados, as diferenças relativas à depressão e gênero tornam-se ausentes.

Nas Américas, na opinião de PALTIEL (1993), a impressão que se tem, com base nas publicações existentes, é que a situação de saúde mental da mulher seja boa em seu aspecto funcional, haja vista sua produtividade econômica e social. A autora se diz surpreendida pelo fato que em toda a região a mulher padeça da falta de recursos econômicos, apoio, reconhecimento, controle das circunstâncias de sua vida, além do culto ao machismo, fatores que, somados, tornam a mulher das Américas genial e criativa, pois apesar de tudo, ainda é capaz de manter unidas famílias e comunidades.

4.3.3 USO DOS SERVIÇOS

A exemplo do ocorrido com eventos mórbidos agudos nota-se que as doenças crônicas de maior gravidade, como as neoplasias e problemas relativos ao período gravídico-puerperal e aquelas que são objeto de preconceito tal como as doenças mentais e problemas de ordem congênita, que também podem ser consideradas graves, levaram a uma

maior procura de atendimento médico, com todos os casos tendo efetuado busca de solução para estes problemas de saúde (Tabela 14).

Nota-se, também, que as mulheres com queixas crônicas recorreram mais ao atendimento médico que aquelas com afecções no último mês. Talvez isto se deva ao fato das doenças crônicas terem alterado mais acentuadamente suas rotinas, limitado atividades, o que pode ser próprio das patologias por muitas delas citadas.

A hipertensão, mais uma vez, foi um dos estados mórbidos que motivaram a procura de atendimento médico pela totalidade de mulheres acometidas. De certa forma, este comportamento pode estar ligado à maior divulgação ou conhecimento por parte das pessoas dos riscos da hipertensão, dentre os quais o temido "derrame cerebral" e suas possíveis seqüelas. Também pode ser que os casos tenham sido detectados em consultas motivadas por outras queixas, algo que não é raro de ocorrer (Tabela 15).

É mais provável que as mulheres conheçam seus níveis pressóricos normais que os homens, haja vista que elas são maiores usuárias dos serviços de saúde que eles. Com este diferencial no comportamento feminino frente a saúde, as mulheres têm monitoração e controle da pressão arterial mais freqüente, e conseqüentemente, uma ação preventiva aos danos melhor que os homens.

Todavia, a procura por atendimento médico não é uma regra. Ela pode não ocorrer ou variar com o prosseguimento da doença crônica. Entre as mulheres estudadas houve diferença entre a procura inicial e a de

controle, conforme variou a duração do problema. Pode ser notado também, que a proporção de pessoas que procurou inicialmente atendimento médico foi quase sempre maior que a proporção daquelas que mantinham retorno para controle. Do total de mulheres que inicialmente procurou assistência, um quarto informou não continuar a fazer controle do problema (Tabela 16).

As pessoas que informaram ter o problema crônico de saúde, desde 16 a 20 anos atrás, foram as que, em maior proporção, procuraram atendimento inicial, mas apresentaram uma das menores taxas de retorno, estando abaixo desta procura apenas as mulheres que descobriram o problema há um mês ou menos (Tabela 16). Em tese, esta variação pode ter sido gerada devido ao indivíduo, com o decorrer do tempo, ter passado a não valorizar a queixa e considerado desnecessários os cuidados médicos ou devido a incorporação, ao longo dos anos em que fez controles periódicos, do modo médico de controlar as alterações percebidas, ou ainda, devido a aprazamento com intervalos mais longos determinado pelo serviço médico (Tabela 16).

Neste sentido, o estudo de ARRAYS e cols. (1997) mostra que 40,0% das medicações compradas sem interferência do balconista, para automedicação, foram influenciadas por prescrições médicas anteriores.

TABELA 16 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo a duração do problema de saúde e procura de atendimento médico inicial ou controle. 1992.

Duração do problema de saúde	Tipo de procura			
	Inicial ⁽¹⁾		Controle ⁽²⁾	
	Nº	%	Nº	%
1 a 5 anos	130	81,6	100	76,9
6 a 10 anos	68	87,2	54	79,4
11 a 15 anos	35	83,3	26	74,3
16 a 20 anos	28	93,3	17	60,7
Sempre teve	47	78,3	33	70,2
Há menos de 1 ano	25	83,3	22	88,0
Há 1 mês ou menos	5	83,3	3	60,0
Não lembra	2	66,7	1	50,0
Total	340	100,0	256	75,3

(1) excluídos 9 casos não registrados. (2) excluídos 7 casos não registrados.

No que diz respeito ao retorno das pessoas que referiram ter a doença havia 1 mês ou menos, 60,0% pode até ser considerado elevado, pois foram casos de doenças crônicas na forma agudizada, as quais levaram as pessoas a descobrir, somente naquela ocasião, que eram portadoras. Neste caso, o retorno pode ter ocorrido para entrega de resultados de exames, o que não poderia ser considerado atendimento de controle, bem como decorrente de alguma gravidade no quadro que exigiu controle freqüente da queixa, sem que fosse necessário internação hospitalar.

Na Tabela 17 há dados sobre o motivo pelo qual a mulher não procurou atendimento médico inicial e na Tabela 18 os dados se referem a esta mesma questão, mas relativa a consultas de controle.

Com relação ao atendimento inicial observa-se que das 419 pessoas (Tabela 14) que referiram queixa crônica, 68 (16,2%) não procuraram atendimento médico (Tabela 17).

Explorando-se a fala destas mulheres, notou-se que os principais motivos de ausência delas nos serviços para cuidado médico inicial, foram a dificuldade financeira (19,1%) e a pouca importância que atribuíram ao problema surgido (17,6%). Estes motivos foram assim expressados: "não tenho mais dinheiro para pagar convênio", "vou ter que comprar óculos e não posso", "é muito caro", "não tenho mais o convênio da empresa e não posso pagar" ou "achei que era coisa simples, normal", "não é problema que precise ir a médico", "falo que vou, mas na hora que o problema passa, não vou".

TABELA 17 - Distribuição de mulheres segundo o motivo de não ter procurado atendimento médico inicial para problema de saúde referido como crônico. Residentes da Região Sul do município de São Paulo, 1992.

Relação do motivo*	Frequência(*)	
	Nº	%
- Financeira	13	19,1
- Pouca importância do problema	12	17,6
- Atendimento médico	9	13,2
- Automedicação	9	13,2
- Família	8	11,8
- Outros	6	8,8
- Rede social	6	8,8
- Medo	5	7,4
Total	68	100,0

(*) Excluídos 2 casos não registrados.

* Devido a estes dados serem provenientes de questões abertas, fez-se necessário inicialmente a análise interpretativa do significado das falas, direcionando-o à categoria apropriada. Após esta etapa, foram codificados e analisados quantitativamente.

Além da dificuldade econômica pela qual, presume-se, passavam estas pessoas, pode ser notado um certo preconceito com o atendimento gratuito ou desconhecimento sobre a gratuidade dos serviços públicos.

CHIESA (1993), após estudar as representações sociais de mulheres da Região de Pirituba, bairro paulistano, concluiu que as mulheres desconheciam o funcionamento dos serviços públicos, no sentido de não saberem que doações de medicamentos ou outros benefícios podiam ser obtidos destes serviços.

No que concerne à pouca importância dirigida aos problemas de saúde, as pessoas deixaram claro em suas falas que para procurar um médico elas fazem uma avaliação do problema e partindo desta ponderação tomam a decisão de procurar ou não cuidado médico.

No estudo de MÉDICI (1990), baseado em dados do PNAD-86 sobre a população do Nordeste, a conclusão que era desnecessário cuidado médico (60,6%) foi apontada como a principal causa para que as pessoas não tivessem procurado atendimento médico. Com uma diferença marcante seguiu-se a esta, justificativas de distância/ dificuldade de transporte (13,6%) e falta de dinheiro para o atendimento (13,6%).

A determinação de procurar ou não cuidados médicos pode sofrer influência de diversos fatores, dentre os quais, com elevado poder de definição, a existência de uma rede social formada por pessoas que cercam a pessoa com queixa e prestam algum apoio ao doente, seja no sentido de aconselhar, seja no sentido de alertar.

INFANTE-CASTAÑEDA (1990), ao estudar morbidade referida e as influências da rede de apoio para o uso de serviços médicos por gestantes mexicanas, obteve dados reveladores sobre a fundamental importância da rede social. As mulheres que a possuíam procuraram atendimento médico 3.3 vezes mais que aquelas que também apresentaram problema de saúde, mas não possuíam rede social. Quando receberam conselho de procurar cuidado médico, o fizeram 1.6 vezes mais que aquelas que não receberam.

Na Tabela 17, os dados mostram que a rede social pode ser um fator que também colabora para a ausência das pessoas nos serviços de saúde. Das seis pessoas que responderam "o povo diz que não tem cura/jeito" ou "dizem que sara com o tempo", duas disseram ter enxaqueca, três alergia e uma afirmou ter sopro no coração. São queixas que podem ter outra origem, de gravidade variada, pois como jamais tiveram estes problemas diagnosticados não poderiam chegar a esta conclusão, o que torna a prática de diagnósticos por leigos algo perigoso.

Contudo, esta prática está incorporada ao hábito das pessoas. Com base no relato de outras pessoas e da própria experiência os indivíduos concluem sobre seus sintomas e de terceiros. Desta forma, dor de cabeça correspondeu a enxaqueca, prurido corporal era alergia, "pontada no peito" e tontura era sopro no coração.

Se cotejados os dados da Tabela 17 aos da 18, observa-se que há diferenças importantes a serem analisadas. Na Tabela 17 não existe referência significativa de motivos relacionados ao poder resolutivo dos

serviços, estes apenas se tornam de grande vulto quando as pessoas o experimentaram para o problema em questão, ou seja, as pessoas parecem não ter considerado este fator importante para o primeiro contato, mesmo que provavelmente todas tenham tido um contato anterior para atendimento médico próprio ou de terceiros.

O fator financeiro também não se tornou por demais impeditivo para a manutenção do controle médico, como o foi para o atendimento inicial.

TABELA 18 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo o motivo pelo qual não fazia controle médico do problema. 1992.

Relação do motivo	Frequência(*)	
	Nº	%
- Descrédito no sistema médico	12	13,8
- Pouca importância do problema	12	13,8
- Serviços insatisfatórios	11	12,6
- Outros	11	12,6
- Atendimento médico	10	11,5
- Procuram nas crises	10	11,5
- Financeiro	9	10,3
- Melhora do problema	5	5,8
- Automedicação	4	4,6
- Família	3	3,5
Total	87	100,0

(*) Incluídos 3 casos que não haviam respondido (não registrados) à questão da Tabela 16.

* Devido a estes dados serem provenientes de questões abertas, fez-se necessário, inicialmente, a análise interpretativa do significado das falas, direcionando-o à categoria apropriada. Após esta etapa, foram codificados e analisados quantitativamente.

Estes achados indicam que em situação de urgência ou emergência as mulheres mantiveram como possível quesito mais importante esclarecer ou minorar o problema inicial, sem considerar a qualidade do serviço um fator impeditivo à procura de cuidado. Isto só se tornou vultoso quando tentativas de resolução haviam sido feitas e o problema persistia sem solução, ficando clara a desilusão e descrédito destas mulheres com relação ao sistema de saúde existente em falas como "cansei de ir a médico e nada resolveu", "durante um ano fiz exames no HC e nada resolveu", "desisti, pois depois de tantos exames o médico falou que eu estava ótima, mas continuava a sentir dor no joelho".

O paciente transfere para o conhecimento médico a esperança que seus males confirmados sejam eliminados, esteja esta simbolizada em uma nova droga ou técnica, esteja em um exame que esclareça o motivo de seu sofrimento. Quando isto não ocorre, o paciente perde a fé, outrora crescente e, então, passa a avaliar o sistema e a capacidade médica de uma forma mais racional.

O sistema médico existe com o propósito de ajudar as pessoas a manter ou a resgatar a saúde e, ainda, para minorar os problemas decorrentes da falta de saúde. Nos últimos tempos, o sistema de saúde tem sido sucateado - como se costuma dizer - e tem deixado precário o atendimento àqueles que dele necessitam, seja o sistema público que não garante o direito constitucional do cidadão à saúde, seja o conveniado que abusa do cidadão por meio de suas cláusulas injustas. Fora isto, ainda restam as limitações do conhecimento científico da Medicina e a possível falibilidade

do profissional médico que nos últimos tempos, em decorrência de fatores anteriormente discutidos, tem se tornado mais freqüente que o esperado.

Na Tabela 18, a separação de aspectos relativos ao sistema médico (13,8%) de outros como serviços insatisfatórios (12,6%) e atendimento médico (11,5%), ocorreu devido a nestas duas últimas categorias agruparem-se respostas relacionadas à falta de retorno decorrentes de problemas administrativos ou ao que foi captado pela mulher na(s) primeira(s) consulta(s), respectivamente. Estas categorias foram expressadas como em: "no INPS perco o dia todo e eles não dão atestado para justificar a falta no trabalho", "sempre sou atendida por um médico diferente" ou "o médico disse que eu não tinha nada", "se precisasse voltar o médico teria dito".

Quanto aos motivos agrupados como pouca importância dada à doença terem se postado como a segunda causa mais importante tanto para a decisão de não procurar atendimento médico inicial quanto de controle, apenas reforça a afirmativa de que as pessoas julgam o quão arriscado pode ser aquele problema para seu bem-estar, pois mesmo aquelas 12 mulheres que julgaram ser importante receber cuidado médico inicial, após este(s), passaram a julgá-lo(s) de menor importância. Alegaram não ter tempo ou até mesmo por terem descuidado, entre outras justificativas (Tabela 18).

Com relação ao tipo de serviço utilizado pelas mulheres que informaram fazer controle do problema crônico de saúde o padrão de uso, em geral, foi semelhante àquele observado entre mulheres que referiram

atendimento médico para queixas agudas, com uma proporção maior de pessoas recorrendo a atendimento público ou conveniado.

TABELA 19 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo tipo de serviço de saúde utilizado para controle da morbidade referida como crônica. 1992.

Tipo de serviço ⁽¹⁾	Frequência	
	Nº ⁽²⁾	%
Público	117	45,7
Privado	18	7,0
Conveniado	106	41,4
Público + Privado	1	0,4
Privado + Conveniado	1	0,4
Privado de cortesia	1	0,4
Ambulatório de empresa	4	1,6
Ligado a universidades	4	1,6
Filantrópico	1	0,4
Ignorado	3	1,2
Total	256	100,0

Exclusões: (1) combinações que não apresentaram casos; (2) 7 casos não registrados

Provavelmente, a proporção de pessoas que informaram usar os serviços universitários esteja subestimada, pois é de conhecimento geral a efetiva utilização destes serviços para tratar doenças crônicas e principalmente aquelas de maior gravidade, dado que estes locais são de excelência para tal, como também, por atenderem grande parcela da população gratuitamente.

Outro ponto de interesse é a negação de se recorrer à farmácia para automedicação. Pode ser que as pessoas não tenham considerado automedicação o fato de comprarem medicamento com a receita prescrita anteriormente por um médico, sem que tivesse havido uma orientação médica para a nova compra.

4.3.4 USO DE MEDICAMENTOS

Foi investigado às 349 mulheres que informaram ter procurado atendimento médico, se uma vez tendo sido prescrito algum medicamento ou outra forma de controle do problema, se elas estavam dando continuidade a esta terapêutica (Tabela 20), e caso não estivessem, foi pedido para que citassem o motivo (Tabela 21).

Cerca de 37,1% das mulheres informaram não estar dando seguimento à terapêutica prescrita. Observou-se que queixas tais como hipertensão arterial, gastrite e duodenite, aquelas relativas ao estado emocional, anemias e varizes de membros inferiores foram as que apresentaram maiores proporções (pelo menos 71,4%) de mulheres informantes da continuação da terapêutica indicada (Tabela 20). Tal situação teve como fator concorrente o fato que doenças como a hipertensão arterial, muitas vezes, têm terapêutica de longa duração ou permanente, enquanto outras, exigiriam o uso da terapêutica prescrita em decorrência do caráter recidivante delas, como por exemplo, a gastrite.

TABELA 20 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo seguimento ao tratamento prescrito e morbidade crônica referida classificada conforme código de três dígitos do CID -10. 1992.

Causa - CID 10	Seguimento ao tratamento prescrito						Total*	
	Sim		Não		Em parte		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
I10 - Hipertensão essencial (primária)	25	75,8	7	21,2	1	3,0	33	100,0
J40 - Bronquite não especificada como aguda ou crônica	13	61,9	8	38,1	-	-	21	100,0
M53- Outras dorsopatias, não classificadas em outra parte	7	41,2	10	58,8	-	-	17	100,0
T78 - Efeitos adversos, não classificados em outra parte	10	58,8	7	41,2	-	-	17	100,0
J32 - Sinusite crônica	7	41,2	9	52,9	1	5,9	17	100,0
K29 - Gastrite e duodenite	13	81,2	3	18,8	-	-	16	100,0
M79- Outros transtornos dos tecidos moles, não classif. em outra parte	8	57,1	6	42,9	-	-	14	100,0
G43- Enxaqueca	4	44,4	5	55,6	-	-	9	100,0
R45- Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	5	71,4	2	28,6	-	-	7	100,0
R10- Dor abdominal e pélvica	3	42,9	3	42,9	1	14,2	7	100,0
R51- Cefaléia	4	57,2	2	28,6	1	14,2	7	100,0
J30 - Rinite alérgica e vasomotora	2	25,0	6	75,0	-	-	8	100,0
D64- Outras anemias	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
N39- Outros transtornos do trato urinário	3	37,5	5	62,5	-	-	8	100,0
I83 - Varizes dos membros inferiores	4	80,0	1	20,0	-	-	5	100,0
Demais códigos	111	59,7	74	39,8	1	0,5	186	100,0
Todos os códigos	185	61,3	112	37,1	5	1,6	302	100,0

*Excluídos, a partir do total de casos que procuraram atendimento médico (Tabela 14): 40 casos sem prescrição de medicamentos; 7 casos não registrados

Em linhas gerais, observou-se na Tabela 20 que as queixas mais freqüentes, exceto a hipertensão, foram aquelas de natureza

recidivante e as respostas afirmativas podem ter sido fornecidas por pessoas que tenham, em período recente à época da pesquisa, passado por processo de agudização da doença crônica referida.

Como supunha-se a respeito de queixas crônicas, o principal motivo (20,5%) alegado para o abandono do uso da terapêutica indicada foi a melhora ou desaparecimento do problema (Tabela 21).

Para as doenças crônicas nem sempre é indicado que o paciente faça uso de medicamento ou outro elemento terapêutico permanentemente, pois é sempre necessário que se pondere sobre os riscos e os benefícios destes agentes. Todavia, nota-se que apenas 9,8% das mulheres afirmaram ter abandonado o uso da terapêutica indicada em decorrência de uma ordem médica (Tabela 21).

Acredita-se que dentre os casos que afirmaram ter abandonado a terapêutica por melhora ou desaparecimento do problema, houve muitos que assim o fizeram também por uma ordem médica, mas esqueceram ou não consideraram este fato, pois não é raro que os médicos orientem o paciente a usar o agente terapêutico por um determinado tempo ou até que desapareça o motivo da procura de atendimento.

O descrédito mais uma vez foi citado com destaque, tendo como principal alegação o fato que elas gastavam muito dinheiro consumindo os medicamentos e nada resolvia. Alegaram também que mudavam de médico na esperança do medicamento prescrito por outro fosse melhor que o anterior, mas isto não ocorria, tendo sido novamente apenas desperdício de dinheiro.

As pessoas não consideraram a falta de dinheiro um fator proibitivo para a aquisição de medicamentos, apesar de ser uma população de baixo poder aquisitivo, haja vista que apenas cerca de 9% das mulheres alegaram ter abandonado a terapêutica por este motivo (Tabela 21).

TABELA 21 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo o motivo de não seguir o tratamento indicado. 1992.

Relação do motivo	Frequência*	
	Nº	%
- Melhora/desaparecimento do problema	23	20,5
- Descrédito	16	14,3
- Nas crises retornam ao tratamento	15	13,4
- Ordem médica	11	9,8
- Financeira	10	8,9
- Não gostar de usar medicamentos	5	4,4
- Serviços insatisfatórios	4	3,6
- Outros	28	25,0
Total	112	100,0

* Excluídos 3 casos não registrados.

Os dados de todo o grupo relativos à coerência das respostas fornecidas pelas mulheres com relação à morbidade aguda, quando cotejados àqueles referentes à morbidade crônica, apontaram uma diferença significativa ($p < 0,01$) entre eles. Entretanto, quando é buscada esta diferença apenas entre as proporções em que se detectou ter havido ou não coerência entre as respostas, a diferença deixa de ser significativa ($p > 0,05$).

Por conseguinte, não pode ser negado que a quase totalidade das pessoas que informaram morbidade crônica, a exemplo daquelas que citaram morbidade aguda, foram coerentes em suas respostas. Se forem excluídas deste grupo apenas as 12 pessoas que citaram respostas consideradas incoerentes ou coerentes em parte, ter-se-á que pelo menos 97,1% das mulheres com queixa crônica não foram incoerentes em suas respostas (Tabela 22). Quanto àquelas com queixa aguda este dado corresponde a 93,8% (Tabela 13).

TABELA 22 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo coerência das respostas relativas ao estado mórbido crônico referido. 1992.

Coerência das respostas da clientela	Frequência*	
	Nº	%
- Sim	323	76,5
- Não	5	1,2
- Em parte	7	1,7
- Faltam dados conclusivos	86	20,4
- Falta fazer exames ou receber resultados	1	0,2
Total	422	100,0

* Excluídos 3 casos não registrados.

Logo, esta maior coerência, mesmo suave, entre as portadoras de doença crônica, pode ser decorrente da melhor memorização de informações referentes a doenças crônicas que a agudas, pois nas crônicas, o tempo investido em prol do problema ou as repetidas crises as tornam mais fáceis de serem memorizadas.

4.4 MORBIDADE REFERIDA NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Segundo a WHO (1998), cerca de 40% das mulheres que engravidam têm complicações e 15% necessitam de cuidado médico para reverter as complicações que são potencialmente ameaçadoras à vida do binômio mãe-filho.

Na Região metropolitana de São Paulo, em 1995, de cada 49 óbitos ocorridos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, um foi decorrente de causa relacionada a complicações da gestação, parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998d). Quanto à morbidade, para a mesma Região, ano e população, de cada 2 internações hospitalares ocorridas em serviços financiados pelo SUS, uma foi por esta causa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998e). Entretanto, estes dados apresentam grande viés uma vez que o parto normal, fórceps ou cesária, é colocado como morbidade obstétrica o que impossibilita o conhecimento real dos casos de complicações ligadas à gestação.

A morbidade decorrente de problemas obstétricos, seguramente, é mais comum que a mortalidade, mas devido às dificuldades metodológicas, ao aporte de vários recursos que o estudo exige, dentre outras características que dificultam a investigação da morbidade, especialmente da morbidade referida, as informações geradas por estudos de morbidade materna são mais raros que aquelas sobre mortalidade.

Os dados da Tabela 23 mostram as disparidades que foram reveladas entre morbidade referida por mulheres que à época da coleta de

dados engravidaram nos últimos 12 meses e pelas outras que responderam negativamente a esta questão.

Pouco mais de 10% das mulheres em prováveis condições de engravidar (casos selecionados para compor os dados da Tabela 23), que referiram morbidade, estavam no período gravídico-puerperal. A análise de colunas da Tabela 23 mostrou que a referência de queixas agudas e/ou crônicas foi significativamente maior ($p < 0,01$), ao teste de qui-quadrado, entre mulheres que informaram estar no período gravídico-puerperal que entre aquelas que informaram não estar neste período.

TABELA 23 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo natureza da morbidade referida e ocorrência de gravidez nos últimos 12 meses. 1992.

Morbidade	Gravidez nos últimos 12 meses ⁽¹⁾				Total ⁽²⁾	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aguda	7 (11,3)	17,5	55 (88,7)	15,8 (100,0)	62	16,0
Crônica	26 (11,0)	65,0	210 (89,0)	60,5 (100,0)	236	61,0
Aguda e crônica	7 (7,9)	17,5	82 (92,1)	23,7 (100,0)	89	23,0
Total	40 (10,9)	100,0	347 (89,1)	100,0 (100,0)	387	100,0

Excluídos: (1) 2 casos não registrados (2) 122 casos sem menarca, 25 não registrados/vida sexual inativa/laqueadura

($p=0,0027$)

As queixas classificadas conforme capítulos da CID-10, referentes a causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, foram apenas duas. Um caso informado como morbidade aguda e o outro informado como crônico.

A literatura tem apontado este período como de elevada morbidade e mortalidade materna, sendo esta última, na maioria das vezes, decorrente de causas evitáveis como o abortamento e as síndromes hipertensivas.

Segundo YUNES & MORA (1993), o risco de mortalidade materna varia entre os diversos países das Américas. Baseados em dados de 1990, os autores afirmaram que na Bolívia chegou a uma morte entre 50 mulheres em idade reprodutiva e no Canadá a 1 para 12990 mulheres. Para o Brasil citaram dados de 1 para 520 mulheres.

TANAKA (1998) assegura que, devido à subinformação do óbito materno, as taxas conhecidas sobre o Brasil mostram uma falsa realidade, sem que revelem a verdadeira magnitude do problema que é maior, certamente.

Esta autora afirma que mais de 90% das mortes maternas decorrem de causas obstétricas direta e das indiretas em menos de 10% dos casos. Dentre as causas diretas aponta como as primeiras causas de morte as doenças hipertensivas específicas da gravidez; as hemorragias ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério; aborto e as infecções puerperais, nesta ordem. Quanto às causas indiretas destaca as cardiopatias, embolias pulmonares e diabetes.

Ainda segundo a opinião de TANAKA (1998), as reduções nos índices de mortalidade materna conseguidos no Brasil, não condizem com o grau de desenvolvimento do país nos últimos tempos e parte do decréscimo se deve à diminuição na taxa de fecundidade de mulheres em idade de risco para gestação. Estas reduções, segundo a autora, foram mais notadas entre mulheres com idade superior a 35 anos e menos na população de mulheres com idade inferior a 19 anos.

Para LAURENTI (1989), a morbidade materna no Brasil se deve em grande parte à elevada incidência de cesariana que, da mesma forma, contribui para elevar o coeficiente de mortalidade materna, dado as condições de precariedade da assistência à mulher.

O estudo de INFANTE-CASTAÑEDA (1990) mostrou que entre as gestantes por ela estudadas a busca de assistência médica foi determinada pela natureza dos sintomas, de sua frequência, do tipo de mal-estar produzido e da suspeita de que fosse de risco. Dentre aquelas que procuraram atendimento médico, 16% o fizeram por algum problema específico que não foi o de diagnosticar a gravidez ou consulta de rotina do pré-natal.

É importante citar que o objetivo de análise da Tabela 24 foi verificar o comportamento da mulher diante da queixa aguda e da crônica, portanto, as mulheres que informaram queixas agudas e crônicas foram consideradas segundo este aspecto e, em decorrência deste objetivo, não somam-se indivíduos, mas sim natureza da queixa.

TABELA 24 - Distribuição de mulheres residentes na Região Sul do município de São Paulo, segundo natureza da morbidade referida que motivou procura de cuidado médico e ocorrência de gravidez nos últimos 12 meses. 1992.

Natureza do problema que motivou a procura por cuidado médico	Gravidez nos últimos 12 meses ^(*)			
	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Aguda	12(14)*	85,7	96(137)*	70,1
Crônica	24(33)*	72,7	251(292)*	86,0

* Total de mulheres que referiram este tipo de queixa (incluídos os casos que referiram queixas agudas e crônicas).

Observa-se nos dados da Tabela 24 que para queixas agudas a procura de atendimento foi maior entre as mulheres que informaram estar no período gravídico-puerperal. Acredita-se que a gravidez dê à mulher um senso de responsabilidade maior com relação à sua saúde por considerar que no período gestacional o seu organismo dê vida a outro que depende unicamente de suas decisões. Por conseguinte, aquilo que pode ter um risco baixo ou nenhum risco quando não se está grávida ou no puerpério, ganha um novo significado no período gravídico-puerperal.

GOMES (1999) cita que as mulheres grávidas, estudadas por ela, tinham consciência do risco de uso de medicamentos no período gestacional e que, embora muitas os tivessem utilizado por automedicação, demonstraram envergonhar-se disto ao responder para o entrevistador sobre esta questão.

As doenças crônicas têm variada duração e como apenas 30* mulheres apresentaram queixa deste tipo de doença iniciada nos últimos 12 meses, perde-se em significância cotejar dados de uma população tão pequena (Tabela 16). Além disso, para doenças crônicas surgidas neste período, é esperado um comportamento semelhante ao empreendido às agudas, haja vista que as doenças crônicas se revelam, freqüentemente, por processos de agudização.

Embora os estudos de morbidade referida não tenham a finalidade de correlacionar a morbidade citada com aquela do diagnóstico médico, são de grande importância para se conhecer sobre percepção de morbidade pelas mulheres no período gravídico-puerperal, por causa obstétrica direta ou não, bem como para se conhecer sobre a utilização dos serviços neste período tão peculiar.

* Resultado do cruzamento dos dados das Tabelas 16 e 23.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres estudadas mostraram-se em sintonia com o processo de valorização e independência feminina por meio da busca de uma escolarização de melhor nível que aquele de gerações anteriores, bem como uma maior participação na força de trabalho, enquanto adulto jovem.

Estes fatores podem ser decisivos para que a mulher faça um maior investimento na sua capacidade produtiva, ao contrário de muitas gerações passadas que viveram em uma época em que a mulher era valorizada por sua capacidade reprodutiva.

A referência de morbidade pelo grupo investigado, apesar dos prováveis vieses de memória e de incorporação de termos médicos, foram satisfatórios, haja vista que as proporções obtidas estão dentro de limites daquelas citadas na literatura e a verificação de coerência entre as respostas das mulheres permitiu constatar que a morbidade referida foi informada de modo a seus dados estarem vinculados.

É importante citar que a mulher pode até se queixar de problemas de saúde mais que o homem, mas isto não significa que ela seja mais vulnerável às doenças ou que seja um fato associado a estereótipos criados pela sociedade para a mulher. Fatores culturais determinam esta diferença, levando o homem a ter uma percepção pobre das alterações de sua saúde, e quando as percebe, não as valorizam. Como resultante, estes fatores acabam por contribuir expressivamente para o estabelecimento de taxas de morbidade mais elevadas entre as mulheres e de mortalidade para os homens.

Desta maneira, a mulher que procura atendimento médico o faz por apresentar uma desordem de saúde, esteja esta relacionada a uma alteração detectável ao exame físico ou de laboratório, ou relacionada ao estado emocional e psíquico. Portanto, deve o médico valorizar a queixa e, se necessário, investigá-la de forma que permita certificar-se do diagnóstico ou encaminhá-la à especialidade mais indicada ao atendimento. Embora esta seja uma conduta óbvia, estudos têm discutido a relação médico-paciente e gerado controvérsias, com alguns autores referindo que esta relação quando estabelecida com a mulher sofre influências dos estereótipos sociais femininos.

Por tratar-se de uma população homogênea não detectou-se diferenças relativas a características sociodemográficas e referência de morbidade aguda ou crônica.

Para a população-alvo a proporção de queixas de doenças agudas se manteve estável conforme variou a faixa etária, entretanto, como era esperado, as queixas de doenças crônicas aumentaram simultaneamente à faixa etária.

As queixas agudas de maior frequência foram gripe, dor abdominal e pélvica e faringites. Dentre as crônicas se destacaram hipertensão, bronquite e dorsopatias.

As mulheres ponderavam sobre seus problemas de saúde, procurando atendimento médico apenas para aqueles que julgavam de maior gravidade, bem como para os que interferiam em sua imagem ou uso do corpo. A procura também foi motivada, em maior proporção, por queixas

de problemas crônicos que agudos, provavelmente, por estes interferirem mais em sua rotina diária.

Quando as mulheres tiveram problemas de saúde, a qualidade do serviço prestado não foi considerado fator impeditivo na procura de atendimento inicial ao problema. A qualidade do serviço foi indicada como obstáculo apenas para consultas de retorno, resultante do descrédito no sistema médico. Apesar disto, houve uma maior satisfação com a qualidade do atendimento prestado às clientes de medicina de grupo que aquele prestado às clientes dos serviços públicos.

Problemas de ordem financeira só foram impeditivos para a procura inicial de atendimento à queixa. Para mulheres que apesar das dificuldades financeiras conseguiram ter atendimento médico, estas não as impediam de fazer as consultas de retorno e de obter a terapêutica prescrita.

Assim sendo, observa-se que as mulheres estão tentando melhorar sua participação e valorização na vida em sociedade; que referem bem os seus problemas de saúde; que têm opinião crítica sobre os serviços que lhes são oferecidos; procuram cuidar da melhor forma de sua saúde. Mesmo assim, falta muito para que as mulheres brasileiras tenham acesso às conquistas sociais necessárias para que possam participar efetivamente do desenvolvimento da sociedade em que vivem.

Portanto, cabe à cada mulher tomar conhecimento do que se passa ao seu redor com relação a todas as questões que a envolva e não somente a saúde, que pode ser um dos seus mais importantes bens, mas participar da vida política de seu meio social, posicionando-se de forma

consciente e de modo a melhorar as suas condições de vida, de sua família e de sua comunidade. No entanto, a responsabilidade individual da mulher não é suficiente para que isso seja alcançado, é necessário que se fomente o acesso da mulher à educação, à formação profissional e à participação nos processos políticos. Desta forma, a inserção da mulher nos diversos níveis de tomada de decisão será essencial para o fortalecimento e progresso femininos e com isto, o fortalecimento da própria democracia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRÉUS,L.; SVÄRDSUDD,K.; NYREN,O.; TIBBLIN,G. The epidemiology of abdominal symptoms: prevalence and demographic characteristics in swedish adult population. *Scand. J. Gastroenterol.*, 29:102-9, 1994.

AHLBOM,A. *Biostatistics for epidemiologists*. Boca Raton, Lewis Publishers, 1993. p.85-124.

ALVARENGA,A.T.; CIARI JR.,C.; SANTOS,J.L.F. Índice de status sócio-econômico da família da mulher grávida que freqüenta o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 7:351-67, 1973.

ANDREWES,C. *The common cold*. New York, Norton & Company, 1965. p.13-47.

ARMITAGE,P.; BERRY,G. *Statistical methods in medical research*. 3rd ed. Cambridge, Blackwell Scientific Publications, 1994. p.416.

AROUCA,A.S.S. A história natural das doenças. *Saúde Debate*, 1:15-9, 1976.

ARRAIS,P.S.D.; COELHO,H.L.L.; BATISTA,M.C.D.S.;
CARVALHO,M.L.; RIGHI,R.E.; ARNAU,J.M. Perfil da
automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 31:71-7, 1997.

BARROS,M.B.A.; CARVALHEIRO,J. Entrevistas domiciliares e o ensino
e pesquisa em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, 18:411-7,
1984.

BEHM,J. Determinantes económicas y sociales de la mortalidad en
América Latina. *Rev. Cub. Adm. Salud*, 6:1-30, 1980.

BERLINGER,G. *A doença*. São Paulo, Hucitec, 1988. p.15-9.

BEVERIDGE,W.I.B. *Influenza: the last great plague: an unfinished story of
discovery*. London, Heinemann, 1977. p11-23.

BOLTANSKI,L. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. Rio de Janeiro,
Grael, 1989. p.15-174.

BORRELL,C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais
em saúde. In: Barata,R.B., org. *Condições de vida e situação em
saúde*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1997. p.167-95.

BREILH,J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo, UNESP/Hucitec, 1991. p.112-4.

BUCHER,R. *Drogas e drogadização no Brasil*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.43.

CAMPOS,C.E.A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad. Saúde Pública*, 9:190-200, 1993.

CANESQUI,A.M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: Spínola,A.W.P. coord. *Pesquisa social em saúde*. São Paulo, Cortez, 1992. p.175-205.

CARVALHEIRO,J.R. Investigação epidemiológica e entrevistas domiciliárias. *Rev. Saúde Pública*, 15:543-50, 1981.

CARVALHO,F.M.; SILVANY NETO,A.M.; PAIM,J.S.; MELO,A.M.C.; ÁZARO,M.G. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do estado da Bahia. *Ciênc. Cult.*, 40:853-8, 1988.

CARVALHO,J.J.M.; SILVA,N.A.S.; OLIVEIRA,J.M.; ARGUELLES,E.; SILVA, J.A.F. Pressão arterial e grupos sociais: um estudo epidemiológico. *Arq. Bras. Cardiol.*, 40:115-20, 1983.

CESAR,C.L.G. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde na Grande São Paulo: o perfil da desigualdade em saúde. São Paulo, 1997. [Tese de livre-docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

CESAR,C.L.G.; FIGUEIREDO,G.M.; WESTPHAL,M.F.; CARDOSO,M.R.A.; COSTA,M.Z.A.; GATTÁS,V.L. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev. Saúde Pública*, 30:153-60, 1996.

CHETLEY,A. *Medicamentos problema*. 2ª ed. Lima, Bellido, 1994. p.40.

CHIESA,A.M. O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da Região de Pirituba/Perus com resultado classe III de Papanicolaou. São Paulo, 1993. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

CIRER,J.S. Absentismo: importancia y evaluacion. São Paulo, 1968. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP].

COIMBRA,L.C.; SOARES,M.A.C.; PAIVA,M.F.L.; MARTINS,M.G.P. Morbidade referida e utilização dos serviços de saúde no município de São Benedito do Rio Preto - Maranhão - 1995. *Rev. Bras. Enferm.*, 49:519-30, 1996.

DE LOS RÍOS,R. Genero, salud y desarrollo: un enfoque en construccion.

In: Gómez Gómez,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*.

Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993.

p.3-18. (OPS - Publicación Científica, 541).

DEAN,A.G.; COULOMBIER,D.; SMITH,D.C.; BRENDDEL,K.A.;

ARNER,T.G.; DEAN,A.J. *Epi Info, Version 6: a word-processing, database, and statistics program for public health on IBM compatible microcomputers*. Atlanta, Centers for Disease Control, 1995.

DEBERT-RIBEIRO,M.B. La mujer y la enfermedad crónica en la

América Latina. In: Gómez Gómez,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993. p.89-97. (OPS - Publicación Científica, 541).

DONABEDIAN,A. The epidemiology of quality. *Inquiry*, 22:282-92, 1985.

DUPUY,J-P.; KARSENTY,S. *A invasão farmacêutica*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p.29-102.

EVANS,R.G.; STODDART,G.L. Producing health, consuming health care.

Soc. Sci. Med., 31:1347-63, 1990.

FERREIRA,A.B.H. *Dicionário básico da língua portuguesa*. São Paulo, Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA,J. O corpo sígnico. In: Alves,P.C.; Minayo,M.C.S., org. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. p.101-12.

FINKLER,K. Symptomatic differences between the sexes in rural Mexico. *Cult. Med. Psychiatry*, 9:27-55, 1985.

FISHER,L.D.; VAN BELLE,G. *Biostatistic: a methodology for the health sciences*. New York, John Wiley & Sons, 1993. p.807.

FORD,C.V. Somatization and fashionable diagnoses: illness as a way of life. *Scand. J. Work Environ. Health*, 23(Suppl. 3):7-16, 1997.

FORGUS,R.H. *Percepção: o processo básico do desenvolvimento cognitivo*. São Paulo, Herder, 1971. p.1-7.

FUNDAÇÃO SEADE. Trabalho: taxas de participação, segundo sexo e faixa etária: Região metropolitana de São Paulo, 1989-1997 [online]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://www.seade.gov.br/cgi->

<bin/titabp/shtabassun?tbl/MMT97/tb197004-MT97> Arquivo capturado em 07 de julho de 1998.

FURUNES,B.; BENGTSSON,C.; LAPIDUS,L. Subjectively experienced symptoms in relation to socio-economic factors in women. *European J. Epidemiol.*, 12:617-24, 1996.

GARCIA,F.J.B.; MEJÍA,R.H.; LASCUEVAS,P.M.; SANTANA,J.F.; ESPINAR,A.C. Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias, Spain. *Scand. J. Rheumatol.*, 23:137-41, 1994.

GOMES,K.R.O. Contribuição ao estudo do uso de medicamentos durante a gravidez. São Paulo, 1994. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

GOMES,K.R.O.; MORON,A.F.; SILVA,R.S.e & SIQUEIRA,A.A.F.de Uso de medicamentos na gravidez: prevalência do uso e relações com as características maternas. *Rev. Saúde Pública*, 33(1). No prelo, 1999.

GÓMEZ GÓMEZ,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993.

p.27-45: Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez. (OPS - Publicación Científica, 541).

GUREJE, O.; SIMON, G.E.; USTUN, T.B.; GOLDBERG, D.P. Somatización in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am. J. Psychiatry*, 154:989-95, 1997.

HAMPTON, J.R.; HARRISON, M.J.G.; MITCHELL, J.R.A.; PRICHARD, J.S.; SEYMOUR, C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Brit. Med. J.*, 2:486-9, 1975.

HALL, R.C.W.; GARDNER, E.R.; POPKIN, M.K.; LECANN, A.F.; STICKNEY, S.K. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: a prospective study. *Am. J. Psychiatry*, 138:629-35, 1981.

INFANTE-CASTAÑEDA, C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública Méx.*, 32:419-29, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE. Division of Health Promotion and Disease Prevention. *Improving health in community: a role for performance monitoring*. Washington, D.C., National Academy Press, 1997. p.40.

KAMAROFF,A.L. "Minor" illness symptoms: the magnitude of their burden and of our ignorance. *Arch. Intern. Med.*, 150:1586-7, 1990.

KANE,P. *Women's health: from womb to tomb*. New York, St. Martin's Press, 1991. p.54-86.

KAPLAN,G.A.; CAMACHO,T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am. J. Epidemiol.* 117:292-304, 1983.

KATON,W.; KLEINMAN,A.; ROSEN,G. Depression and somatization: a review. Part I. *Am. J. Med.*, 72:127-34, 1982.

KIESSLICH,D. Aspectos epidemiológicos de alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares, em quatro áreas do município de Porto Alegre (RS). São Paulo, 1989. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

KILBORNE,E.D. *Influenza*. New York, Plenum Medical Book Company, 1987. p.192.

KROEGER,A. Health interview in developing countries: a review of the methods and results. *Int. J. Epidemiol.*, 12:465-81, 1983.

KROENKE,K.; MANGELSDORFF,A.D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am. J. Med.*, 86:262-6, 1989.

KROENKE,K.; PRICE,R.K. Symptoms in the community: prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch. Intern. Med.*, 153:2474-81, 1993.

LAHELMA,E.; MANDERBACKA,K.; RAHKONEN,O.; KARISTO,A. Comparisons of inequalities in health: evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. *Soc. Sci. Med.*, 38:517-24, 1994.

LAMPRECHT,F. [Economic sequelae of failed treatments of psychosomatic and somato-psychic illnesses]. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 46:283-91, 1996. [Resumo em Medline - CD-ROM de 97-01].

LAURENTI,R.; MELLO JORGE,M.H.P.; LEBRÃO,M.L.; GOTLIEB,S.L.D. *Estatísticas de Saúde*. 2ª ed. São Paulo, EPU, 1987. p.77.

LAURENTI,R. Morbidade e mortalidade feminina. In: Conselho dos direitos da mulher, ed. *Quando a paciente é mulher*. Brasília, Ministério da

Justiça, 1989. p.23-31. [Relatório do Encontro Nacional Saúde da Mulher: um direito conquistado].

LAURENTI,R.; BUCHALLA,C.M.; MELLO JORGE,M.H.P.;
LEBRÃO,M.L.; GOTLIEB,S.L. *Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1998. p.138.

LEBRÃO,M.L.; CARANDINA,L.; MAGALDI,C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo. IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984. *Rev. Saúde Pública*, 25:452-60, 1991.

LEBRÃO,M.L. *Estudos de morbidade*. São Paulo, EDUSP, 1997.

MACRAN, S.; CLARKE, L.; JOSHI,H. Women's health: dimensions and differentials. *Soc. Sci. Med.*, 42:1203-16, 1996.

MAMEDE,M.V.; MESSIAS,D.K.H.; SHIMO,A.K.K.; RODRIGUES,R.A.P.;
NAKANO,A.M.S.; ALMEIDA,A.M.; SILVA,R.M.; BIFI,E.F.;
MATUO,Y.K.; FELIPE,M.V.; RAVAGNANI,M.J.C. Mulher e saúde: suas preocupações. *Rev. Paul. Enf.*, 10(3)121-127, 1991.

MAMEDE,M.V.; BUENO,J.V.; BUENO,S.M.V. Percepção da condição de saúde entre mulheres. *Rev. Bras. Enferm.*, 46:95-100, 1993.

MANTEL,N.; HAENSZEL,W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J. Natl. Cancer Inst.*, 22:719-48, 1959.

MEAGHER,D.; MURRAY,D. Depression. *Lancet*, 349(suppl I):sl17-sl20, 1997.

MECHANIC,D. Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N. Engl. J. Med.*, 286:1132-9, 1972.

MECHANIC,D. The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychol. Med.*, 16:1-7, 1986.

MÉDICI,A.C. Aspectos sócio-econômicos da morbidade no Brasil - uma contribuição aos estudos sobre população e saúde (o caso do Nordeste). In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º, Campinas, 1990. *Anais*. São Paulo, Abrasco, 1990. p.165-87.

MIILUNPALO,S.; VUORI,P.O.; OJA,P.; PASANEN,M.; URPONEN,H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on

mortality in the working-age population. *J. Clin. Epidemiol.*, 50:517-28, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-Vasculares. *Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1993. p.25.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico e estimativas. População residente - Brasil, 1995 [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/popbr.def> Arquivo capturado em 25 de março de 1998(a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar do SUS - Brasil, 1995 [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/rmbr.def> Artigo capturado em 26 de março de 1998(b).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Óbitos de residentes: Brasil, 1995 [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL:

<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxbr.def> Arquivo
capturado em 26 de março de 1998(c).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar do SUS - São Paulo, 1995 [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/rmsp.def> Arquivo
capturado em 26 de agosto de 1998(d).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Óbitos de residentes: São Paulo, 1995 [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/dxsp.def> Arquivo
capturado em 26 de agosto de 1998(e).

MIRANDA,E.E.; DORADO,A.J., ASSUNÇÃO,J.V. *Doenças respiratórias crônicas em quatro municípios paulistas*. Campinas, Ecoforça, 1994. p.12.

MOSSEY,J.M.; SHAPIRO,E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am. J. Public Health*, 72:800-8, 1982.

MURRAY,C.J.L.; CHEN,L.C. Understanding morbidity change. *Popul. Dev. Rev.*, 18:481-503, 1992.

NATHANSON,C.A. Social roles and health status among women. The significance of employment. *Soc. Sci. Med.*, 14:463-71, 1980.

NOGUEIRA,D.P. Absentismo-doença: aspectos epidemiológicos. São Paulo, 1980. [Tese de livre-docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª rev., São Paulo, Centro de Documentação da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1995(a), v.1.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª rev., São Paulo, Centro de Documentação da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1995(b), v.2. p.101-2.

OSIS,M.J.M. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Campinas, 1994. [Dissertação de mestrado - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas].

PALTIEL,F.L. La salud mental de la mujer de las Américas. In: Gómez Gómez,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*.

Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993.
p.143-62. (OPS - Publicación Científica, 541).

PEREIRA,M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro,
Guanabara-Koogan, 1995.

PICCINI,R.X.; VICTORA,C.G. Hipertensão arterial sistêmica em área
urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde
Pública*, 28:261-7, 1994.

POSSAS,C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e
saúde no Brasil*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1989. p.159-75.

QUEIROZ,M.S.; CAMPOS,G.W.S.; MERHY,E.E. Rede básica de
serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o
serviço. *Rev. Saúde Pública*, 26:34-40, 1992.

REGO,R.A.; BERARDO,F.A.N.; RODRIGUES,S.S.R.; OLIVEIRA,Z.M.A.;
OLIVEIRA,M.B.; VASCONCELOS,C.; AVENTURATO,L.V.O.;
MONCAU,J.E.C.; RAMOS,L.R. Fatores de risco para doenças
crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de
São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares.
Rev. Saúde Pública, 24:277-85, 1990.

REIMANN,H.A. *Infecções respiratórias agudas na criança e no adulto*. São Paulo, Manole, 1977. p.1-19.

REZENDE,A.L.M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo, Cortez, 1986. p.86.

RESTREPO,H.E. Epidemiologia y control del cancer de la mujer en America Latina y el Caribe. In: Gómez Gómez,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993. p.98-113 (OPS - Publicación Científica, 541).

RILEY,J.C. Understanding morbidity change: comment on an article by Murray and Chen. *Pop. Dev. Rev.*, 19:807-15, 1993.

ROBLES,S.C. El tabaquismo en la mujer de las Américas. In: Gómez Gómez,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993. p.178-86 (OPS - Publicación Científica, 541).

ROHLFS,I.; DE ANDRES,J.; ARTAZCOZ,L.; RIBALTA,M.; BORRELL,C. Influence of paid work on the perceived health state in women. *Med. Clin. Barc.*, 108:566-71, 1997.

RUFFINO NETTO,A.; PEREIRA,J.C. O processo saúde-doença e suas interpretações. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 15:1-4, 1982.

SAN MARTIN, H. Prólogo da terceira edição. In: Breilh,J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo, UNESP/Hucitec, 1991. p.17-25.

SCOTT,J. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Recife, SOS Corpo, 1995.

SEGRE,M., FERRAZ,F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31:538-42, 1997.

SHADBOLT,B. Health consequences of social-role careers for women: a life-course perspective. *Aust. N. Z. J. Public Health*, 20:172-80, 1996.

SHARPE,M. Cognitive behavior therapy for functional somatic complaints. The example of chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics*, 38:356-62, 1997.

SIEGEL,S. *Estadística no paramétrica*. México, D.F., Trillas, 1975.

SIQUEIRA,A.A.F.; TANAKA,A.C.d'A.; ALVARENGA,A.T.;

UNGLERT,C.V.S.; MORON,A.F.; SCHOR,N.; SANTOS,J.L.F. *Estudo da mortalidade materna na Região Sul do Município de São Paulo - Brasil: análise preliminar*. São Paulo. Depto Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1991. (Série Investigação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescência, 1).

SOUZA,E.R.; MINAYO,M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: Minayo,M.C.S., org. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, Hucited/Abrasco, 1995.

STEWART,M.K.; STANTON,M.F.; FESTIN,M.; JACOBSON,N. Issues in measuring maternal morbidity: lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. *Stud. Fam. Plann.*, 27:29-35, 1996.

SWAROOP,S. Estadística sanitaria. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1964. p.95.

TÄHKÄ,V. *O relacionamento médico-paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. p.25-38.

TAMAYO,R.P. *El concepto de enfermedad: sua evolução a través de la historia*. Mexico, D.F., Fondo de Cultura Economica, 1988(a). v.1

TAMAYO,R.P. *El concepto de enfermedad: sua evolução a través de la historia*. Mexico, D.F., Fondo de Cultura Economica, 1988(b). v.2

TANAKA,A.C.d'A. Saúde da mulher brasileira. In: Cianciarullo,T.I.; Gualda, D.M.R.; Melleiro,M.M., org. *C & Q indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal*. São Paulo, 1998. p.15-31.

TANAKA,O.Y. Avaliação da qualidade de serviços básicos de saúde: o estudo do distrito de Brasilândia. São Paulo, 1994. [Tese de livre-docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

UNGLERT,C.V.S. Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem geográfica em saúde pública. São Paulo, 1986. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

UNGLERT,C.V.S.; SCHOR,N.; PERES,F.; WEILLER,R.M.; JUNQUEIRA,C.B.; SIQUEIRA,A.A.F.; ARENO,F.B. Enfoque epidemiológico de la distribución de la mortalidad en menores de un año. Región Sur del municipio de San Pablo, Brasil. *Med. Soc.*, 13:16-23, 1990.

VERUCCI,F. Mulher e família na nova constituição brasileira. In: Tabak,F. & Verucci,F., org., *A difícil igualdade: os direitos da*

mulher como direitos humanos. Rio de Janeiro, Relume-Darumá, 1994. p.58-74.

VIEIRA,E.M. Prática médica e corpo feminino. São Paulo, 1990.
[Dissertação de mestrado - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP].

WALDRON,I.; JACOBS,J.A. Effects of multiple roles on women's health - evidence from a national longitudinal study. *Women Health*, 15:3-19, 1989.

WALDRON,I.; HUGHES,M.E.; BROOKS,T.L. Marriage protection and marriage selection: prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Soc. Sci. Med.*, 43:113-23, 1996.

WILHELM,W.K.; PARKER,G. Is sex necessarily a risk factor to depression. *Psychol. Med.*, 19:401-13, 1989.

WILLIAMS,S.J. *Chronic respiratory illness*. London, Routledge, 1993. p.5-7.

WOODS,N.F. Employment, family roles and mental ill health in young married women. *Nurs. Res.*, 34:4-10, 1985.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Women as providers of health care*. Geneva, 1987. p.9-24.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Influenza surveillance. *Bull. World Health Organ.*, 69:509-15, 1991.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health day 1998: every pregnancy faces risk. [on line]. Disponível na Internet via WWW.URL: http://www.who.ch/whday/1998/whd98_05.html Artigo capturado em 18 de maio de 1998.

YUNES,J.; MORA,G. Mortalidade materna: una tragedia ignorada. In: Gómez Gómez,E., ed. *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1993. p.68-86. (OPS - Publicación Científica, 541).

7. ANEXOS

ANEXO 1

MAPA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Fonte: retirado de ALMEIDA, M.F.A. e MONTERO, C.V. - 1997. Dados de SPOSATI, A. - 1996.

B - CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS MULHERES DE 10 A 49 ANOS

PARTE B.I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DAS MULHERES ENTRE 10 E 49 ANOS

CASO Nº

CONTROLE

Nº DE ORDEM NO

QUADRO FAMILIAR:

Nome da entrevistada :

50- Posição da entrevistada na família (com relação ao responsável):

51- Você contribui no orçamento da casa?

1-Sim, Responsável **questão 78**

2-Não, Dependente **questão 55**

3-Sim, Co-Responsável

4-Trabalha, Mas Não Contribui

CÓDIGOS

52- Onde você trabalha?

• Nome do Estabelecimento:

• Tel:

• Ramo de Atividade:

• Não Trabalha () **questão 55**

53- Você pode me contar como é o seu trabalho, o que você faz?

.....

.....

.....

.....

54- Para exercer esta profissão você teve que fazer algum curso?

1-Sim. Qual? Tempo:

2-Não

CÓDIGOS

ENTREVISTADOR: Não preencher

72- Posição na ocupação.....

73- Condições de atividade no momento

	74- Tempo	75- Motivo / Tipo
1-Em licença		
2-Afastado(a)		
3-Desempregado(a)		
4-Subempregado(a)		
5-Aposentado(a) por doença		
6-Na caixa		
7-Incapacitado(a) para o trabalho		
8-Inativo(a)		
9-Desocupado(a)		
10-Com atividade "marginal"		
11-Dona-de-casa		
12-Outra		
13-Aposentado(a) senso lato		
14-Trabalhando de forma regular		
15-Estudante		

CODIGOS

ENTREVISTADOR: Nos casos de desemprego, subemprego, afastamento, inatividade, atividade marginal, desocupação ou incapacidade para o trabalho, sondar como sobrevive nesta condição.

76- Entrevistada: _____

ENTREVISTADOR: Não Preencher

77- Classe social da entrevistada _____

**B.II - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICO-
EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA DE MULHERES
ENTRE 10 E 49 ANOS**

78- Idade: ____ anos

79- Data de nascimento: ____/____/____

80- Escolaridade: _____

CODIGOS

81- Você continua estudando?

0-Não se Aplica

1-Sim

2-Não

82- Estado civil atual

1-Solteira

2-Casada

3-Viúva

4-Desquitada/Divorciada

83- Tipo de união atual

1-Legal

2-Livre

3-Sem União Conjugal questão 85

84- Duração da união atual: _____ ano(s) ou _____ mes(es)

Observações em relação às q. 82,83 e 84,se necessário:

CODIGOS

ENTREVISTADOR: Somente para as mulheres que

não se encontram em união.

85- Você está namorando?

1-Sim. _____ ano(s) ou _____ mes(es)

2-Não

ENTREVISTADOR: Para todas as mulheres

86- Você tem algum seguro social? **(aceitar resposta múltipla)**

1-INPS

2-Previdenciário Estadual

3-Previdenciário Municipal

4-Convênio Empresa

5-Convênio Particular

6-Outro. Especificar: _____

7-Tem Seguro Social, Mas Não Sabe Qual

8-Não Tem Seguro Social

9-Não Sabe se tem Seguro Social

CÓDIGOS

MORBIDADE DO ÚLTIMO MÊS

87- Você teve algum problema de saúde/doença no último mês?

1-Sim. O que você teve? (descrever) _____

2-Não **questão 94**

88- Você procurou algum tipo de atendimento para este problema/doença? (especificar se público, privado ou conveniado e estoriar no caso de ter utilizado mais de um serviço)

1-Sim.

• Nome: _____

• Endereço: _____

• Tipo de Instituição: _____

2-Não **questão 94**

CÓDIGOS

89- Quem fez o atendimento? (listar para cada local)

90- Como foi o atendimento? (estoriar em detalhe para apreender a qualidade da assistência)

91- Disseram o que você tinha? (diagnóstico)

1-Sim. O que? _____

2-Não

CÓDIGOS

92- Receitaram algum tratamento / remédio para você?

1-Sim. Qual(is)? _____

2-Não

93- Você foi encaminhada para outro serviço/exame ?

1-Sim. Qual? _____

2-Não

DOENÇA CRÔNICA

94- Você tem algum problema de saúde / doença que começou há mais tempo, mas que continua até hoje?

1-Sim. Qual(is)? _____

2-Não ➡ questão 101

95- Há quanto tempo? _____

CÓDIGOS

96- Você poderia descrever como é esse problema/doença? :

97- Você procurou algum tipo de assistência ou faz algum controle para esse problema / doença?

1-Sim

2-Não. Por que? _____

CÓDIGOS

➡ questão 101

98- Você faz o controle periodicamente?

1-Sim. Onde?

• Nome: _____

• Endereço: _____

• Tipo de Instituição: _____

2-Não. Por que? _____

99- Receitaram algum tratamento / remédio para você?

1-Sim. Qual(is)? _____

2-Não **questão 101**

100- Você está seguindo o tratamento?

1-Sim

2-Não. Por que? _____

CÓDIGOS

FUMO

CÓDIGO

101- Você fuma cigarro?

1-Sim. Quantidade / dia: _____

2-Não **questão 103**

102- Há quanto tempo? _____

BEBIDA

103- Você bebe algum tipo de bebida alcoólica?

1-Sim. O que? _____

2-Não **questão 115**

104- Com que frequência você bebe?

1-Diariamente

2-Frequentemente

3-Esporadicamente / Fim de Semana

QUADRO DA HISTÓRIA DAS GESTAÇÕES
(Incluir a última gestação mas não a atual)

Nº DE GESTA- ÇÕES	DATA DO TÉRMINO DA GESTAÇÃO	RESULTADO: 1-NV 2-NM 3-AE 4-AP 5-AT 6-MH	DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	TIPO DE PARTO: 1-NORMAL 2-CESÁREA 3-FÓRCEPS	SE VIVO: QUAL A IDADE?	SE VIVO: COMPÕE O QUADRO FAMILIAR? 1-SIM 2-NÃO. POR QUE?	SE MORREU: COM QUE IDADE E QUAL A CAUSA?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ENTREVISTADOR : Em caso de aborto(s) provocado(s) preencher o quadro que se segue ➡ pág. 26

Caso contrário, ➡ questão 163.

CÓDIGOS

2-Não (ENCERRAR A ENTREVISTA)

[illegible]

Data: ____/____/____ **Entrevistador:** _____