

**40º Encontro Anual da ANPOCS**

**SPG10 - Diversidade e Desigualdade: fronteiras conceituais e práticas de pesquisa**

**GÊNERO E SAÚDE NO BRASIL: A (RE)PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES**

**Natália Leão Siqueira<sup>1</sup>**

**Jorge Alexandre Barbosa Neves<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Bacharel e Licenciada em Ciências Sociais (UFJF). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGS-UFMG).

<sup>2</sup> Doutor em Sociologia pela University of Wisconsin (Madison/EUA). Professor do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte/MG/Brasil.

## INTRODUÇÃO

O estudo das desigualdades e estratificação social pauta-se em indagações sobre a estrutura diferencial de acesso a recursos, exposição a risco e chances de vida, incluindo a saúde, sobre grupos e indivíduos segregados pela: raça, gênero e *status* socioeconômico. Abordagens acerca das desigualdades em saúde, baseadas em questões sociais, vem sendo destacadas por diversos pesquisadores (Cockerham, 2007; Leão, 2009; Annandale, 2010; Phelan *et. al.*, 2010; Santos, 2011; Chor, 2013; Brown *et. al.*, 2016). Em tais argumentações, alguns teóricos afirmam que as conquistas da saúde pública e a elevação nos índices de esperança de vida não devem mascarar a distribuição desigual da saúde e da doença entre os indivíduos. Fatores que influenciam diretamente as chances de uma melhor qualidade de vida das pessoas estão relacionados com a maneira em que estruturam sua vida social e variam de acordo com gênero, raça e *status* socioeconômico.

Alguns estudiosos destacam que uma abordagem apenas biomédica não é capaz de abranger as desigualdades sociais em saúde (Cockerham, 2007; Phelan *et. al.*, 2010). Por um longo período, as pesquisas na área da saúde atribuíam aos fatores sociais influências distantes ou coadjuvantes nesse processo e não como causas diretas, como se a causa da doença só pudesse ser relacionada às características bioquímicas que agem sobre o organismo (Cockerham, 2007). Entretanto, há alguns anos uma mudança de modelo na epidemiologia social vem sendo desenhada, no sentido de reconhecer os atributos causais da estrutura social (Cockerham, 2007; Phelan *et. al.*, 2010).

Atribuir a causalidade da saúde a fatores sociais é considerar que estes podem moldar a suscetibilidade, o risco de exposição, o percurso e o resultado das doenças. As condições sociais formam “causas fundamentais” da doença conforme determinam controle desigual de recursos, que podem minimizar ou evitar os riscos e/ou as consequências das doenças, afetando assim múltiplos resultados de saúde por mecanismos ou trajetórias de risco que são reproduzidas no tempo (Tilly, 2006; Phelan *et al.*, 2010).

As chances de saúde refletem uma incorporação mental e física das divisões sociais, já que elas interferem no funcionamento e no bem-estar físico e mental, assim como na vulnerabilidade à doença. Ou seja, espelham a desigualdade de oportunidades para realização do bem-estar individual (Grusky, 2000). O foco sobre como a estrutura social influencia nos resultados de saúde emerge e coloca em destaque as noções de gênero, raça e *status* socioeconômico. A compreensão sobre a distribuição das chances de saúde deve

ponderar as características específicas dos condicionamentos destas categorias de análise social, voltando-se em específico para o efeito multidimensional de tais categorias na produção dos arquétipos de doença e saúde.

Desta forma, acreditamos assim que gênero como uma categoria construída para diferenciar socialmente as pessoas possa ser uma categoria que exerça grande influência sobre a desigualdade em saúde, ainda mais quando associada às variáveis de raça e *status* socioeconômico (Ellen, 2000). Nossas hipóteses baseiam-se no pressuposto de que a estratificação por gênero esteja associada tanto aos diferenciais de auto percepção de saúde, quanto aos diferenciais de doença crônica (Payne, 2006); e ainda que tais diferenciais sejam mediados por outros fatores sociais e variem conforme as macrorregiões demográficas do Brasil (Cockerham, 2007; Phelan *et. al.*, 2010).

## **ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E DESIGUALDADE EM SAÚDE**

### **Paradoxos da saúde**

Apesar das melhorias na situação socioeconômica das mulheres e dos negros, as disparidades de gênero e raciais nas taxas de mortalidade e morbidade ainda persistem. Na verdade, as disparidades em saúde se estendem ao longo da vida, apesar dos avanços na tecnologia médica e ao maior acesso aos serviços de saúde (Williams *et. al.*, 2005).

Estudos vêm demonstrando que raça, gênero e *status* socioeconômico são categorias que preveem a diferença na distribuição da doença, na incapacidade funcional e nos riscos de morte na sociedade (Chor, 2013; Santos, 2011). A literatura demonstra que, ao analisarmos a desigualdade em saúde, temos que os fatores socioeconômicos são fortes preditores de saúde, de longevidade ou de doença e ocupa na sociologia médica e da saúde um espaço de análise substancial. Ressalta-se que a existência de “outras hierarquias de saúde e mortalidade com respeito a variáveis sociais como idade, gênero e raça, e o poder explanatório de status socioeconômico é demonstrado quando ela interage com estas outras variáveis para produzir diferenças além daquelas já produzidas” (Cockerham, 2007: 75).

### **Desigualdades de gênero em saúde**

Estudos acerca das desigualdades de gênero em saúde já são bem consolidados. Apesar das mulheres terem maior expectativa de vida, ao comparar com os homens, elas também apresentam maiores taxas de morbidade, menor qualidade de vida, piores índices

de saúde autoreportada, maiores taxas de doenças crônicas não fatais e maior probabilidade de apresentarem algum tipo de mobilidade funcional (Annandale, 2010). Contudo, os efeitos da masculinidade no comportamento de saúde dos homens levam estes a serem mais propensos a fumar e consumir bebida alcoólica (Annandale, 2010), e também tendem a apresentar mais baixos índices de frequência aos serviços médicos (Williams, 2003). Parte destas diferenças em saúde podem ser atribuídas às crenças culturalmente estabelecidas sobre a masculinidade, que desempenham um papel nos padrões de comportamento e podem afetar os resultados de saúde (Williams, 2003). Tais fatores explicam a pior expectativa de vida dos homens, apesar das menores taxas de morbidade.

Os argumentos mais recorrentes para explicar as diferenças em saúde entre homens e mulheres é atribuído aos fatores socioeconômicos. Na maioria das sociedades ocidentais, homens apresentam mais poder, prestígio e propriedade do que as mulheres (Scott, 1990, Martin, 2004). Em geral, estes recursos são ligados a resultados positivos de saúde. Neste viés, dados vêm demonstrando que os homens estão em posições sociocupacionais melhores que as mulheres (Grodsky *et. al.*, 2001). Sendo assim, podemos esperar que as mulheres, como um grupo economicamente em desvantagem, apresentem piores resultados em termos de saúde. Mas, isto não explica totalmente o *gap* de gênero nos resultados de saúde. Pesquisas mais recentes sobre as desigualdades de gênero em saúde pautam seus argumentos explicativos para as desvantagens de saúde das mulheres sobre sua maior exposição ao estresse e às reduzidas possibilidades de escolhas devido aos arranjos institucionais e familiares (Mullings *et. al.*, 2001). Além das mulheres negras experimentarem disparidades muito maiores nos indicadores de saúde (Williams, 2003).

### **A construção social de gênero na saúde**

Estudos vêm demonstrando a relação existente entre a construção social de comportamentos diferenciais por gênero e seus impactos sobre a saúde (Aquino *et. al.*, 1992; Villela *et. al.*, 2005; Payne, 2006; Cockerham, 2007; Annandale, 2010). Evidenciou-se assim que os homens são mais propensos a se envolverem em estilos de vida pouco saudáveis, mas também têm mais acesso a recursos que podem promover a saúde; enquanto as mulheres se mostram menos propensas a assumir comportamentos de risco e maior probabilidade de procurar serviços médicos. Contudo, a saúde delas é mais prejudicada

por apresentar recursos mais pobres e dificuldade de acesso aos serviços de cuidado à saúde, o que inviabiliza o atendimento de suas necessidades (Payne, 2006).

Doyal (1995) destaca que os protótipos de saúde e de doença de mulheres podem ser explicados de acordo com as atividades habitualmente desempenhadas por elas; sendo que a vida das mulheres é diferente da vida dos homens no que tange aos papéis sociais e tarefas desempenhadas – como o trabalho doméstico, a educação dos filhos e a reprodução. De acordo com a autora, “os efeitos acumulados desses vários tipos de trabalhos constituem as principais influências no estado de saúde das mulheres” (Doyal, 1995:22).

Em paralelo a tal problematização, existem questões que somente uma genealogia do saber científico poderá revelar. Nesse resgate, constata-se que a doença é também uma construção social, e principalmente a doença feminina. O tipo ideal de um ser humano sem patologias sempre foi idealizado como o homem branco de classe alta; sendo assim, quanto mais se afasta desse paradigma, mais doente se parece (Ehrenreich *et. al.*, 2003).

Tal construção é resultado de uma luta no campo da saúde entre os séculos XIX e XX, no Ocidente, quando as curandeiras e parteiras eram majoritárias no tratamento da saúde. Nesse momento, a medicina, a biologia e as ciências *psi* – psicologia e psicanálise –, masculina, branca e de elite, constituíram-se, na modernidade, como campo de saber e poder e consolidaram proposições importantes sobre comportamento humano, acusando as curandeiras de ousadia de – na condição de mulher – querer praticar a cura. Acusadas de se apoderarem ilegalmente da profissão sob punição, pois, “se uma mulher ousa curar *sem ter estudado*, é bruxa e deve morrer” (Ehrenreich *et. al.*, 2003:51).

No mundo moderno, as mulheres eram a própria dúvida, uma anomalia quando consideradas a partir do ponto de vista do agitado mundo industrial. Neste momento, elas não poderiam ser incluídas no mundo masculino, o mundo do trabalho, mas também não cabiam mais em seu lugar tradicional da fabricação dos alimentos e de todo o ambiente doméstico, já que, quando a produção entrou na fábrica, o ambiente doméstico ficou apenas com as atividades pessoais mais biológicas: comer, reproduzir, dormir e cuidar das crianças; dividindo então a vida em duas esferas: uma pública, de interesse ditado pelo mercado; e uma privada, de relações íntimas e de vida biológica individual (Arendt, 1997).

Do ponto de vista masculino do século XIX, a “questão da mulher” era um problema de controle social: a mulher tinha se tornado um tema, um problema social que deveria ser investigado. A mulher aparece inevitavelmente como estranha, misteriosa. Ela

vive (ou ao menos supunha-se que vivesse) no “outro” setor, o da vida privada, que, visto do mercado, parece um lugar antiquado, pré-industrial, uma terra de espelho, na qual inverte tudo o que é normal no “mundo real” dos homens (Ehrenreich *et. al.*, 2003).

As características biológicas fundamentais, então, entraram no campo da política e numa estratégia geral de poder e controle social, o que Michel Foucault denominou de *biopoder* (2008). Os mecanismos de poder começaram assim a ser parte também das relações familiares e sexuais, exigindo o surgimento de técnicas de vigilância que perpassassem os campos da medicina, psicologia, entre outros.

Sob essa perspectiva, começa-se então uma investigação científica sobre as mulheres, sendo que os médicos iniciaram a discussão pelo papel da medicina como um paradigma da autoridade profissional. E assim, uma nova ciência, a ginecologia, surgiu no século XIX para estudar esse estranho território e concluiu que o corpo feminino não apenas era primitivo, mas também, muito patológico (Ehrenreich *et. al.*, 2003).

De fato, no século XIX, a Inglaterra e os E.U.A. sofreram de uma síndrome que fazia as mulheres doentes, sem conhecimento das causas. O que posteriormente foram diagnosticadas como depressão. O fato é que o clima sufocante do romantismo sexual da época gerou uma espécie de hipocondria nervosa. E, com isso, tornou-se um *status* para as mulheres das classes média e alta aparentarem a melancolia da doença.

Uma das estratégias para legitimação das intervenções do novo campo médico em todas as dimensões do bem-estar físico e psicológico humano era a afirmação de que as mulheres não eram aptas a curar, pois são, por definição, frágeis e doentes. Como exemplos dessa construção, podemos destacar: a feminilidade vista como doença, como descrito acima, e a maternidade como patologia, através da indisposição feminina nos períodos menstruais, o parto visto como patológico e, finalmente, a menopausa, descrita pela literatura da época como uma doença terminal (Ehrenreich *et. al.*, 2003).

Entretanto, as mulheres pobres não eram consideradas como doentes e nem vistas a partir de suas doenças, apesar de elas realmente sofrerem mais que as mulheres de classes média e alta com algumas enfermidades. Na sociedade industrial é colocado sobre a mulher de classe média e alta o título de doente, já que sua fragilidade combinava perfeitamente com seu enorme recato, refinamento e sensibilidade. Já as mulheres pobres eram robustas, tanto quanto supostamente grosseiras e sem recato (Ehrenreich *et. al.*, 2003).

Com a abertura para o Estado de bem-estar, a doença deixa de ser compreendida naquela categoria que ainda era muito sólida, muito consistente, dentro do pensamento médico e da prática médica, que é a noção de “doença reinante”, principalmente em relação às mulheres, e passa a fazer parte das novas funções do Estado, com a regulação da saúde da população e dos índices demográficos (Ehrenreich *et. al.*, 2003; Foucault, 2008).

A partir desse resgate, pautado em uma genealogia do campo do saber científico acerca das relações de gênero e saúde, destacamos que ainda hoje sexo/gênero interage com outros tipos de desigualdades, incluindo, em particular, *status* socioeconômico/classe social e raça, afetando a saúde de homens e mulheres (Payne, 2006; Doyal, 1995).

Podemos perceber, então, que os diferenciais do estado de saúde começam a ser pensados entre grupos que são definidos por características sociais, como: posição ocupacional, raça, gênero e nível educacional.

A vasta literatura já deixa claro que a tarefa atual não é mais simplesmente documentar as desigualdades de gênero em saúde, mas compreender as razões por que estas se dão (Black *et. al.*, 1988; Dahlgren *et. al.*, 1995; Marmot *et. al.*, 1995).

### **Desigualdade de gênero em saúde no Brasil**

Os fatores que geram diferenciais em termos de saúde entre homens e mulheres foram brevemente discutidos nas seções anteriores, como, por exemplo, o estilo de vida. Entretanto, essa distinção vai muito além, já que a doença nas mulheres sempre foi algo naturalizado e essencializado.

Aqui, o papel das mulheres na saúde deve ser discutido para examinarmos a configuração de gênero no campo da saúde. A aproximação da mulher com o campo da saúde e a concomitante marginalização do homem nesta área não devem nos dar um falso entendimento de privilégio feminino, pois não é por essa proximidade que as mulheres têm sua saúde mais cuidada, já que tendem mais a cuidar dos outros membros da família do que da própria saúde. Entretanto, sua proximidade pode torná-las mais conscientes com a questão da saúde, o que não acontece com os homens (Vilella *et. al.*, 2005).

No Brasil, muitos avanços no que tange aos direitos no atendimento à saúde foram garantidos a partir da Constituição Federal de 1988, com o movimento social da reforma sanitária, que contou com a grande atuação de mulheres, entre outros grupos. Elas lutavam principalmente em uma vertente de engajamento vinda da promoção do Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Contudo, após a promulgação da Constituição e as dificuldades para implementação do PAISM, houve um enfraquecimento dessa luta e tal programa foi relegado a prioridade secundária (Villela *et. al.*, 2005).

Quando implementado, foi feito de forma diferenciada, conforme os Estados e regiões do país, devido a resistências políticas, não conseguindo reduzir índices de esterilização feminina e sendo corrigido hoje em dia por outras medidas menos pontuais quanto ao direcionamento às mulheres, através dos espaços de atenção à saúde descentralizada, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); fato que desfavorece o tratamento de parcelas da população que apresentam características sociodemográficas específicas, como mulheres, idosos e adolescentes (Doyal, 1995).

No PACS, a comunidade acaba por reproduzir as categorias e hierarquias sociais que são naturalizadas na vida social. Dessa forma, a discussão para as necessidades de categorias específicas acaba por ser substituída em uma lógica territorial. E assim, com as demandas regionalizadas e descentralizadas, os espaços na agenda nacional para uma demanda elaborada em torno de gênero ficaram escassos (Vilella *et. al.*, 2005).

Três anos após a implementação do PACS, surge uma nova política pública, com o objetivo de substituição deste, que é o Programa Saúde da Família (PSF). Pautado ainda em uma abordagem territorial, mas agora não no comando da comunidade, mas sendo estes agentes pautados sob uma perspectiva tecnicista, de modo a atender melhor às demandas de saúde, com uma ligação direta entre o Estado e as comunidades, em uma abordagem em que o Estado pauta-se na integralidade, descentralização, universalização e territorialidade, priorizando a família (Vilella *et. al.*, 2005).

O foco do PSF na família é problemático para se pensar e tratar de gênero, pois “família é um conceito que esconde a questão de poder, enquanto gênero a aborda explicitamente, tornando-se um eixo fundamental para interpretação” (Villela *et. al.*, 2005:80).

Logo, as mulheres assumem o papel de cuidadoras de seus familiares. E, dessa forma, se autoatribuem, com naturalidade, as tarefas e o discurso relacionados à saúde (Villela *et. al.*, 2005), como, por exemplo, o papel de mãe, mesmo quando não acompanhadas de filhos. Assim, é exigida da mulher a disponibilidade de tempo para se dedicar ao cuidar, como se seu tempo fosse mais disponível do que dos homens.



Nesse contexto, os homens não são motivados a irem nos centros de saúde, porque são espaços ocupados paulatinamente por mulheres (Villela *et. al.*, 2005). Estudos demonstram que eles, quando os frequentam, ficam do lado de fora até serem atendidos. Ou vão apenas para acompanhar as mulheres com seus filhos recém-nascidos (Villela *et. al.*, 2005). Contudo, as camadas populares apresentam mais incidência à saúde do que outras camadas sociais, inclusive os homens. Estes então recebem tratamentos diferenciados nos centros de saúde, vistos como a autoridade da família, reforçando a continuidade de confrontos de poder e referência a um modelo idealizado de família.

Assim, as mulheres, estão em desvantagem em relação ao acesso à saúde, e incluídas como atrizes principais, uma vez que: configuram a maioria dos trabalhadores da saúde, exceto os médicos, e em especial as trabalhadoras que estão próximas aos cuidados básicos dos pacientes, e que ainda coincidem com o seu baixo *status* social em termos de renda; são interlocutoras dos especialistas e do Estado; acumulam a experiência como grávidas e parturientes, e isso lhes dá prioridade nas políticas públicas nas ocupações relacionadas a esses serviços; e têm culturalmente o papel de cuidadoras na família.

No que tange à saúde do homem, em 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A necessidade da criação de uma política de saúde específica para o público masculino se deu, por um lado, ao aprofundamento da crítica que os movimentos feministas têm feito ao machismo, o que leva a uma perda constante, pelos homens, da posição de representante universal da espécie humana e uma eventual invisibilidade epistemológica que essa posição atribui a eles. Por outro lado, houve a modificação das estruturas familiares e dos padrões de masculinidade, o que admite a emersão dos homens como consumidores de bens e serviços vistos como femininos, como os serviços de saúde (Carrara *et. al.*, 2009).

Contudo, a PNAISH foi criada com uma pauta na questão da disfunção erétil, o que acaba por afirmar a necessidade da imposição de uma masculinidade, em vez de se pautar na relevância da criação e implementação de uma política de saúde dos homens, justificada por fatores culturais, levando a uma não procura masculina por serviços de saúde.

Essa posição paradoxal dos homens em relação à própria saúde é atribuída principalmente à posição que ainda hoje é ocupada na hierarquia de gênero. A questão passa a ser, então, de como a cultura da masculinidade acaba por influenciar as relações de poder de forma concreta e que o discurso de vitimização – atribuído e destacado pela

disfunção erétil – e paternalista incorporado à nova política contribui mais para ocultar do que para revelar (Carrara *et. al.*, 2009).

Diferentemente do PAISM, onde as mulheres se organizaram em um amplo movimento em busca de saírem da condição de subordinação a que historicamente lhes foram relegadas, os homens podem aparecer como sujeitos passivos, vista a atribuição pela medicina e pelo Estado de uma política a eles direcionada; o que os leva a serem representados pelos médicos e pelos formuladores e executores de uma política que em nome deles foi implementada, mas sem sua participação efetiva.

No PNAISH, uma maneira de lidar com esse visível paradoxo de formular uma política pública como se fosse reivindicada pelos sujeitos a ela atribuídos é o de desagregar a categoria homem em diversas subcategorias que foram historicamente marginalizadas pela sociedade – índios, negros, gays, travestis, portadores de deficiências, trabalhadores rurais, entre outras (PNAISH, 2008). Alguns estudos destacam que as mulheres parecem formar, de modo mais simples, uma categoria unificada, e os homens não (Carrara *et. al.*, 2009; Schwarz, 2012); outros, demarcam que outras dimensões da vida, como raça e classe social, estratificam tanto a vida de mulheres, quanto a dos homens (Jackson *et. al.*, 2006).

Como uma forma de atender parcialmente as especificidades entre as mulheres, houve um desdobramento do PAISM ao PNAISM (Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 2004, passando a considerar o enfoque de gênero, raça, etnia e geracional no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, contemplando, de certa maneira, os grupos minoritários.

Podemos perceber que as relações entre Estado e cidadãos e entre camadas médias e camadas populares se apresentam como as principais perpetuadoras dessas desigualdades que se manifestam no nível de gênero, através da família, e perpassam a questão da saúde.

### **Evidencias sobre estratificação de gênero e desigualdade em saúde**

Pesquisas realizadas, relacionando gênero e saúde, demonstram que as mulheres são mais susceptíveis a viver mais tempo em plena saúde do que a maioria dos homens, mas isso varia de acordo com o país (Payne, 2006). No Brasil, há evidências de que as mulheres têm vivido mais que os homens. E essa sobremortalidade masculina tem se dado principalmente por causas de mortes violentas, como homicídios e acidentes de trânsito (Aquino *et al.*, 1992), fatores que são relacionados aos hábitos diferenciados por gênero.

Devemos ressaltar que as mulheres, apesar de viverem mais que os homens, suportam uma maior carga de problemas de saúde, ou seja, elas vivem mais, só que em condições de bem-estar piores. Em todo o mundo, mulheres sobrevivem aos homens e apresentam uma mortalidade menor, mas isso não quer dizer que elas vivem em melhores condições de saúde (Annandale, 2010).

Esses diferenciais que interferem na saúde de homens e mulheres são a exposição a fatores de risco, diferenças na construção da experiência do adoecimento e também de morbidade. Além disso, as mulheres também sofrem do ônus da dupla jornada de trabalho (Villela *et. al.*, 2005).

Apontamentos também têm sido feitos no sentido de que as mulheres desenvolvem mais incapacidades funcionais que os homens, além de sobreviverem mais tempo que eles com as suas limitações (Brown, *et. al.*, 2016), fato que pode ser explicado devido à diferença nas doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade, e por fatores comportamentais, que indicam uma maior procura das mulheres por serviços de saúde do que os homens (Fahel *et. al.*, 2009). Sendo assim, a expectativa de vida e as taxas de prevalência de incapacidade funcional são maiores entre as mulheres, o que demonstra que elas vivem mais, e também que suportam por um maior tempo e com maior intensidade os problemas de saúde; fatores que criam uma maior desigualdade no seu bem-estar e na sua condição de saúde em relação ao homem (Rieker *et al.*, 2010)

Na comparação entre homens e mulheres em situações econômicas e sociais similares, as disparidades de gênero relacionadas à saúde praticamente desaparecem, sendo que a desigualdade de saúde em gênero apresenta uma relação maior com a ocupação do indivíduo (Santos, 2011). Portanto, também é importante na análise de gênero relacionada à desigualdade em saúde destacar a influência da classe social sobre esta categoria. Dessa forma, as diferenças de gênero em saúde podem variar, conforme os contextos de classe.

Pessoas localizadas em posições socioeconômicas inferiores tendem a apresentar desvantagens sobre um conjunto de fatores de riscos biomédicos, comportamentais, psicossociais e ambientais que está ligado à relação entre as condições sociais e a doença (House *et. al.*, 2000).

Dessa forma, é importante destacar que devemos analisar a saúde individual e dos grupos, pois é constatado que os estratos ocupacionais privilegiados, em sua grande maioria, apresentam níveis mais elevados de saúde (Elo, 2009). Isso se dá uma vez que as

desigualdades socioeconômicas perpassam a distribuição da saúde, processo este amplamente analisado por pesquisas (Marmot *et al.*, 1995; Elo, 2009).

Além de gênero e classe social, outros indicadores têm sido considerados como fortes preditores de saúde. Renda é um fator importante a se analisar, pois, em determinado grau, os impactos de outras variáveis podem ser alterados por ela (House *et al.*, 2000). Estudos demonstram que, conforme o aumento da renda, vantagens são acrescentadas, gerando ganhos imediatos e cumulativos (House *et al.*, 2000). Contudo, não devemos tratá-la como uma variável intervalar, já que pequenas variações podem gerar grandes mudanças entre pobres ao compararmos aos ricos (Krieger *et al.*, 1997).

Como um indicador complementar à renda, indicadores de riqueza ou bens domiciliares têm sido utilizados, de modo a representar os ativos de capital e de poder manifestos em âmbitos que escapam à aferição da renda (Krieger *et al.*, 1997; House *et al.*, 2000).

Nos Estados Unidos, estudos demonstram que educação é o mais forte preditor socioeconômico de saúde (Cockerham, 2007). Uma revisão da literatura internacional apresenta que tal variável seria o indicador que “mais consistentemente exhibe uma associação significativa com várias medidas de saúde e mortalidade por todas as causas e por causa específica em uma ampla variedade de contextos” (Elo, 2009:557).

O tema raça e saúde, no Brasil, é controverso. Apesar de a literatura internacional já ter demarcado importantes diferenciais no que tange à correlação entre essas variáveis (Williams *et al.*, 2005), existe uma escassez de estudos empíricos que investiguem a magnitude e a influência das desigualdades raciais na saúde/doença com dados brasileiros.

Alguns estudos realizados em nosso país apontam para a desvantagem dos mesmos grupos raciais que já apresentam outras desigualdades sociais – como a alta mortalidade por violência entre jovens pretos e pardos, a maior mortalidade de crianças pretas e pardas até 5 anos de idade – o que pode também estar relacionada com a saúde da mãe –, assim como a insatisfação, mais frequente, no atendimento a gestantes pretas (Chor, 2013).

Os achados acerca do assunto indicam que as desigualdades em saúde relacionadas à raça refletem as desigualdades mais abrangentes na sociedade. Raça, gênero e posição socioeconômica influenciariam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com intensidades diversas (Chor, 2013). Assim, a associação entre raça e saúde apresenta como fundamento a elevada desigualdade racial de acesso a recursos socialmente

valorativos e também as distintas posições socioeconômicas ocupadas por grupos raciais. Contudo, é ponderado que essa mediação socioeconômica não corresponde como um todo às diferenças de saúde em raça. “As divisões raciais geram efeitos adicionais na saúde que independem das diferenças socioeconômicas entre os grupos” (Santos, 2011:6).

Existe um aparente consenso de que estudar as desigualdades raciais em saúde criaria divisões sociais no Brasil em vez de evidenciá-las, o que reforçaria o determinismo biológico (Chor, 2013). Entretanto, entendemos que tal pensamento leva a uma distorção da abrangência de outros aspectos da discriminação ou não ajuda a compreender as origens das desigualdades raciais em saúde no Brasil.

## **DADOS E MÉTODOS**

O presente estudo utilizou os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, do ano de 2008, cujo questionário suplementar investigou as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. Esse suplemento apresenta dados sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde e aos medicamentos, informações sobre aspectos de morbidade da população, questões acerca das características da mobilidade ou limitação física das pessoas, realização de exercícios físicos e características do tabagismo.

O levantamento da PNAD é realizado por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. O desenho da amostra da pesquisa possibilita a expansão dos resultados da amostra para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (IBGE, 2009). A amostra da PNAD de 2008 possui informações sobre 393.629 casos, abrangendo todos os moradores dos domicílios brasileiros, de crianças a adultos; mas o presente estudo irá abarcar apenas a população adulta, como já citado, definida aqui como as pessoas que possuem de 18 a 64 anos de idade completos, na data de referência da pesquisa – setembro de 2008 –, e que tenham respostas válidas para todas as variáveis consideradas no estudo. Dessa forma, nossa subamostra da PNAD/2008 contabiliza 38.762 casos, sendo 20.266 homens e 18.496 mulheres.

### **Variáveis Dependentes**

➤ *Autoavaliação do estado de saúde.* Variável indicadora (*dummy*), onde o estado de saúde autodeclarado como bom assume valor 0 – sendo a agregação das categorias de “saúde muito boa” e “saúde boa”; e estado de saúde autodeclarado como não bom assume valor 1 – agregando as categorias “saúde regular”, “saúde ruim” e “saúde muito ruim”. Tais agregações devem-se ao fato de que, apesar de muitos estudos terem demonstrado a importância da autoavaliação como uma medida do estado de saúde geral, já que esta se mostra associada à mortalidade e ao uso de serviços de saúde, além de ser indicador que captura a saúde média da população e não apenas os fatores de risco, é questionada quando se trata da aplicação em países em desenvolvimento; já que pessoas em desvantagem social podem não perceber ou desconhecer o seu verdadeiro estado de saúde (Dachs *et. al.*, 2006). Dessa maneira, a autoavaliação foi tratada como variável binária, buscando lidar com a distribuição assimétrica das respostas.

➤ *Doença crônica.* Índice criado, baseando-se no trabalho de Muniz (2012), onde a variável qualitativa “doença crônica” assume forma contínua. Tal índice foi definido de acordo com a seguinte equação:  $\sum_{i=1}^n \frac{D_i \cdot n}{D_i} \overline{D_i}$ , onde  $D_i$  é igual a 1 quando o indivíduo possui algum tipo de doença crônica  $i$  (coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, cirrose); e 0 se o indivíduo não possui nenhuma doença crônica  $i$ . Enquanto  $\overline{D_i}$  é o percentual de pessoas na PNAD/ 2008 com alguma doença crônica  $i$ ; e  $n$  é o número absoluto de doenças crônicas que a pessoa possui. O índice varia entre 0 e 28,14 entre os homens; e entre 0 e 21,18 entre as mulheres. Sendo que 0 significa que a pessoa não possui doença crônica, e, quanto mais próximo de 28,14 para os homens e 21,18 para as mulheres, mais doenças crônicas o indivíduo possui.

### **Variáveis Independentes**

➤ *Gênero.* Com o objetivo de lidar com os termos interativos entre as variáveis independentes de controle e a variável teste, o banco de dados foi dividido entre homens e mulheres, sendo que as estimações dos modelos de regressão foram realizadas em separado para cada um dos gêneros; pois acredita-se que a interação ocorre quando a associação entre a variável independente de teste e a variável dependente se diferencia na forma ou

força nos distintos níveis e/ou categorias de alguma outra variável independente de controle, na qual apresenta interação (Annandale, 2010).

Dessa forma, considerando que há interação entre: gênero e raça/cor; gênero e SSE; gênero e região, não a mensurar no modelo explicativo de regressão gerariam estimativas enviesadas referentes a gênero, raça/cor, SSE e região (Santos, 2009). Acreditamos nessa afirmativa, uma vez que pesquisas nacionais e internacionais vêm destacando que raça, gênero e *status* socioeconômico são categorias demarcadoras de *status* social que preveem a distribuição diferencial de doenças, incapacidade funcional e morte na sociedade (Aquino *et. al.*, 1992; Williams, 2005; Santos, 2011; Chor, 2013). Outros autores chamam a atenção para as desvantagens de saúde que podem se dar devido à desigualdade acumulada e persistente entre essas categorias de análise, e, dessa forma, salientam a interação entre essas variáveis como um potencial explicativo que ajuda a entender a situação de certos grupos desfavorecidos em saúde (Weber *et. al.*, 2003; Jackson *et. al.*, 2006).

Referente a gênero e raça, podemos destacar que são categorias ligadas a um poder social, ou seja, a um nível de poder nas relações sociais e no bem-estar material, o que diferencia diretamente o cuidado com a saúde (Williams *et. al.*, 2005). Ao que tange tanto gênero e SSE, quanto a gênero e região, vale demarcar que homens e mulheres apresentam diferenciais em saúde não apenas entregêneros, mas também intragêneros (variação da saúde entre mulheres ou homens por SSE e por região) (Santos, 2011).

### ***Variáveis de Controle***

***Raça/Cor.*** Variável indicadora (*dummy*), onde não branco = 0 e branco = 1. A primeira categoria inclui pessoas que se autoidentificaram como brancas e amarelas; enquanto as identificações de parda, preta e indígena fazem parte da segunda categoria.

***Idade.*** Variável contínua que indica os anos de idade de cada indivíduo, com recorte apenas para a população adulta, de 18 a 64 anos completos, no período de referência da pesquisa (setembro, 2008).

***Educação.*** Variável contínua que vai de 0 a 17 anos ou mais de estudo alcançado pelo próprio indivíduo. Essa é uma variável importante ao se tratar de saúde, pois, além de ter uma relação direta com o *status* socioeconômico e o rendimento familiar, ou seja, quanto maior o nível educacional, maiores são as chances de ocuparem o topo da pirâmide SSE e

terem maiores rendimentos, também é um importante indicador de acesso a informações indispensáveis para o cultivo de uma boa qualidade de vida.

*ISEI*. Variável contínua que representa o índice de *status* socioeconômico das ocupações (*International Socioeconomic Index of occupational status*), elaborado a partir dos códigos ocupacionais da *International Standard Classification of Occupations – ISCO 88* (Ganzeboom *et. al.*, 1992). É um índice criado através de uma ponderação de características socioeconômicas – normalmente, educação e renda – dos indivíduos inseridos em uma determinada ocupação. De modo a ser representativo aos dados do Brasil, convertemos os códigos ocupacionais do IBGE para ISCO 88 e posteriormente para o ISEI. Esse índice varia de 16 a 90, onde quanto mais próximo dos 90, mais perto do topo da pirâmide ocupacional. A associação existente entre a posição social e a saúde já foi amplamente estudada, e os resultados demonstram que a saúde aparece tanto como resultante de diferenças nas condições socioeconômicas, como age sobre as chances de alcançar e manter uma boa posição social (Santos, 2011; Bratter and Gorman, 2011).

*Décimos de renda familiar per capita*. Variável contínua com valores de 1 a 10 construída com grupos (*decis*) de renda relativa, buscando entender a relação dessa variável com saúde, já que estudos demonstram que grande parte dessa relação encontra-se na base inferior da distribuição de renda (House e Williams, 2000).

*Bens do domicílio*. Índice contínuo construído segundo a posse de bens duráveis no domicílio. Tal índice foi definido segundo a equação:  $\sum_{i=1}^n \frac{D_i \cdot n}{D_i}$ , onde  $D_i$  é igual a 1 quando o domicílio possui o bem  $i$  (telefone fixo, geladeira, geladeira de duas portas, *freezer*, computador, internet, máquina de lavar, moto, carro e se o domicílio é próprio); e 0 se o domicílio não possui o bem  $i$ . Enquanto representa o percentual de indivíduos na PNAD/2008 que tem o bem  $i$ ; e  $n$  é o número absoluto de bens que o indivíduo possui. Esse índice varia entre 0,26 a 1,43 (Muniz, 2012).

*Plano de saúde*. Não possui plano de saúde = 0 e possui plano de saúde = 1.

*Fumante*. Não fumante = 0 e fumante = 1.

*Pratica atividade física*. Não pratica atividade física = 0 e pratica atividade física = 1.

*Doença crônica*. Índice contínuo, acima citado, aparece como variável independente no modelo de regressão logística binário.

*Autoavaliação do estado de saúde*. Variável indicadora (*dummy*), acima citada, se torna variável independente no modelo linear generalizado.



*Região*. Variável categorizada em cinco variáveis binárias, que são: Nordeste, Norte, Centro-oeste, Sudeste e Sul, sendo a primeira nossa categoria de referência.

### **Métodos de análise dos dados**

Este estudo testa a hipótese de pesquisa em duas etapas. Primeiro, examinamos como gênero está associado aos níveis de autoavaliação do estado de saúde através do modelo de Regressão Logística Binomial. Esse modelo visa a explicar a associação de um conjunto de variáveis na probabilidade de um indivíduo apresentar a saúde boa (Hair Jr. *et. al.*, 1995). E ainda, é possível observar os efeitos de variáveis independentes sobre a variável dependente. Através da fórmula  $[(\exp^{\beta} - 1) * 100]$  são calculados os incrementos percentuais que o aumento de uma unidade em cada variável independente suscita na probabilidade de um indivíduo apresentar saúde boa (Helal *et. al.*, 2007).

A equação do Modelo de Regressão logística Binomial é:

$$\ln\left[\frac{P(\text{saúde boa}=1)}{1 - P(\text{saúde boa}=1)}\right] \\ = \beta_0 + \beta_1(\text{raça}) + \beta_2(\text{idade}) + \beta_3(\text{educação}) + \beta_4(\text{ISEI}) + \beta_5(\text{decil de renda}) + \beta_6(\text{bens}) + \\ \beta_7(\text{plano de saúde}) + \beta_8(\text{fumante}) + \beta_9(\text{atividade física}) + \beta_{10}(\text{doença}) + \beta_{11}(\text{região}) + \varepsilon$$

A segunda etapa de análise propõe estimar um modelo de Regressão Linear Generalizado para verificar a hipótese de que gênero também está associado a diferenciais no índice de doenças crônicas. Os Modelos Lineares Generalizados (GLM) podem ser aplicados como modelos alternativos para variáveis contínuas que não presumem normalidade, isto é, presume uma distribuição *gama* para a variável dependente (Agresti *et. al.*, 2012). Essa distribuição é necessária, já que o índice aqui criado da manifestação de doença crônica possui valores positivos quando sua média está próxima de zero, ocorrendo uma variação menor entre as respostas dessa variável. Nesse caso, os GLM (assumindo distribuição *gama*) são aconselháveis, pois presumem uma distribuição para variável resposta na qual o desvio padrão aumenta à medida que a média aumenta (admitindo heterocedasticidade nos erros), ideal para o nosso caso.

O GLM foi utilizado neste trabalho para lidar com a distribuição não normal da variável contínua “índice de doença crônica”. Essa escolha se deu uma vez que a

construção deste índice mensurou de maneira mais robusta a variação da presença de doença crônica entre homens e mulheres do que em sua forma original, qualitativa.

A equação do Modelo Linear Generalizado é:

$$g(\mu \text{ doença crônica}) = \beta_0 + \beta_1(\text{raça}) + \beta_2(\text{idade}) + \beta_3(\text{educação}) + \beta_4(\text{ISEI}) + \beta_5(\text{decil de renda}) + \beta_6(\text{bens}) + \beta_7(\text{plano de saúde}) + \beta_8(\text{fumante}) + \beta_9(\text{atividade física}) + \beta_{10}(\text{doença}) + \beta_{11}(\text{região}) + \varepsilon$$

Onde,  $g(\mu)$  é a função de ligação, que liga a média do índice de doença crônica às variáveis explicativas. Em nosso caso, a função de ligação utilizada é a de *identidade*, que especifica um modelo linear para a média de doença crônica.

## RESULTADOS

Investigar sobre as desigualdades de gênero em saúde nas macrorregiões do Brasil, foi a motivação deste trabalho. Como destacado, apesar das melhorias na situação socioeconômica das mulheres, as disparidades de gênero nas taxas de mortalidade e morbidade ainda persistem. Na verdade, as disparidades em saúde se estendem ao longo da vida, salvo os avanços na tecnologia médica e ao maior acesso aos serviços de saúde (Jackson and Williams, 2006). Contudo, os resultados de saúde pelas regiões demográficas do Brasil, não apresentam um padrão de desigualdade que lhes pode ser atribuída.

Os resultados da regressão logística binária – apresentados na Tabela 1, em anexo – demonstram que as únicas variáveis que não apresentaram efeito estatisticamente significativo foram: o índice ISEI, no modelo 2, para o caso das mulheres; ser fumante, para os homens, nos modelos 2 e 3, e a região Norte, no modelo 3, para mulheres. Todas as outras variáveis independentes apresentaram efeitos sobre a variável dependente.

Podemos observar que os indivíduos brancos apresentam autoavaliação da saúde melhor que os indivíduos não-brancos. Nos dois primeiros modelos, mulheres apresentam melhores percentuais de autoavaliação “boa” que os homens; contudo, no modelo final, tais valores são invertidos, sendo que as mulheres apresentam 28,7% de avaliação positiva da saúde, enquanto homens apresentam 29,3%. Assim, devemos demarcar que, segundo a literatura, mulheres autoavaliam sua saúde pior que os homens, por maior conhecimento da mesma (Annandale, 2010), como mostrado nos modelos restritos. Entretanto, o cenário

se inverte ao controlarmos por região, destacando as especificidades regionais em associação com a saúde de homens e mulheres.

Outros fatores sociais que corroboram o referencial teórico sobre gênero e saúde são: quanto maior a escolaridade, mais altos percentuais de saúde boa se apresentam, assim como o índice socioeconômico, renda familiar *per capita* e bens do domicílio, sendo, respectivamente, para homens 8,74%, 0,36%, 5,34% e 56,5%; e para mulheres 5,37%, 0,72%, 5,6% e 33,4%. A escolaridade e a renda se mostram como melhores preditores dos diferenciais de saúde do que o *status* socioeconômico. O índice de bens do domicílio, contudo, se traduz com maior influência, pois, quanto maior o índice de bens no domicílio, melhor as condições de saúde de homens e mulheres.

Os anos de escolaridade e o índice de bens do domicílio apresentam porcentagens melhores para homens que para mulheres, chegando a diferenciais entre eles de 3,37% e 23,1%, respectivamente. No que tange ao poder material, ainda apresentamos a posse de planos de saúde, que tem um viés explicativo maior na autoavaliação da saúde dos homens, com 18,2% de probabilidade de apresentar melhor autoavaliação do estado de saúde em oposição a 11,9% de probabilidade das mulheres. Esse resultado pode se dar pelo menor conhecimento dos homens do seu estado de saúde, mesmo quando têm planos privados, do que as mulheres, ou até mesmo pela necessidade de afirmação da masculinidade, não admitindo um estado de saúde não bom (Aquino *et. al.*, 1992; Ehrenreich *et. al.*, 2003).

O uso substantivo de mecanismos referentes à boa saúde mantém uma relação de positividade com *status* socioeconômico, educação, renda, plano de saúde e bens do domicílio, pois a real capacidade de investimento em bem-estar e a posse de instrumentos como prestígio, poder e privilégio são decisivos na compra das “mercadorias” que suplantam ou minimizam os fatores de riscos das doença (Santos, 2011).

Os fatores comportamentais analisados expressam que o hábito de fumar diminui a probabilidade de as mulheres se autodeclararem com saúde boa em 13,8%. Essa queda para os homens é de 7,1%, enquanto a prática de atividade física exerce uma influência positiva nessa autodeclaração em 32,1% das mulheres e em 52,1% dos homens. Já o índice de doença crônica nos mostra que, quanto mais doenças são apresentadas, piores os indicadores de saúde boa, sendo de -37,6% para mulheres e -39,7% para os homens.

Justificativas acerca de tais resultados se dão no sentido de que crenças culturalmente estabelecidas sobre a masculinidade desempenham um papel nos padrões de

comportamento que podem afetar os resultados de saúde (Williams, 2003), demonstrando que homens são mais propensos a fumar e consumir bebida alcoólica (Annandale, 2010), e também tendem a apresentar mais baixos índices de frequência aos serviços médicos que as mulheres (Rose *et. al.*, 2000). Entretanto, esses dados não devem reduzir a importância da desvantagem social das mulheres, elas continuam apresentando múltiplas desvantagens na dimensão social. E mulheres negras continuam a experimentar disparidades muito maiores nos indicadores de saúde, como demonstramos acima (Williams, 2003).

Nas análises das distinções de autoavaliação do estado de saúde por região, percebemos que a menor diferença entre homens e mulheres se dá na região Centro-oeste, com uma probabilidade de 28,5% para mulheres e de 28,3% para os homens de apresentarem saúde boa. Nas demais regiões, os diferenciais se apresentam, respectivamente, para mulheres e homens: Norte com -6,99% e -17,66%; Sudeste com 86,6% e 56,5%; e Sul com 50,4% e 24,5%; lembrando que esses valores se comparam com a região Nordeste. A única região que apresenta valores menores de autoavaliação do estado de saúde, ao se comparar com o Nordeste, é a região Norte. Ou seja, as regiões do país não demonstram um padrão explicativo das desigualdades em saúde.

Os resultados do modelo de regressão linear generalizado – na Tabela 2, em anexo – nos apresenta apenas as variáveis renda domiciliar *per capita*, no modelo 2, para mulheres, e a região Norte do modelo 3, para mulheres, como as únicas variáveis que não apresentaram efeito estatisticamente significativo. Conquanto, todas as outras variáveis independentes apresentaram efeitos sobre a variável dependente.

Estudos internacionais e nacionais vêm demonstrando que raça, gênero e *status* socioeconômico são categorias que preveem a diferença na distribuição da doença e nos riscos de morte na sociedade (Krieger *et. al.*, 1997; Chor, 2013; Santos, 2011). A literatura demonstra que, ao analisarmos a desigualdade em saúde, temos que tanto o *status* socioeconômico quanto a classe social são preditores fortes de saúde, de longevidade ou de doença e ocupa na sociologia médica e da saúde um espaço de análise substancial. Ressalta-se que a existência de “outras hierarquias de saúde e mortalidade com respeito a variáveis sociais como idade, gênero e raça, e o poder explanatório do *status* socioeconômico é demonstrado quando ela interage com estas outras variáveis para produzir diferenças além daquelas já produzidas” (Cockerham, 2007:75).

Em concordância com esses dados demonstramos que, em todos os modelos, brancos apresentam chances menores de terem altos índices de doença crônica, mulheres brancas apresentam uma queda de 96,69% em comparação com as mulheres não-brancas. Esse indicador é ainda maior para os homens brancos, mostrando uma queda de 146,2% na probabilidade de terem altos índices de doença crônica.

Como esperado, quanto maior a idade, maior a probabilidade de se ter altos índices de doença crônica, sendo ínfima a diferença entre homens e mulheres. Outras variáveis sociais, também apresentam um impacto inverso à probabilidade de apresentar altos índices de doença crônica, como: escolaridade com uma queda na probabilidade de altos índices de 100,3% (mulheres) e queda de 97,14% (homens); *status* socioeconômico com queda de 99,8% (mulheres) e queda de 99,31% (homens); renda domiciliar *per capita* com queda de 97,78% (mulheres) e queda de 91,6% (homens); e índice de bens do domicílio com queda de 102,56% (mulheres) e queda de 180,4% (homens). Como podemos notar, o diferencial de gênero, nos indicadores acima, é pouco relevante, com exceção do índice de bens do domicílio, sendo que homens apresentam probabilidades bem maiores de ter uma queda no índice de doença crônica quanto maior o índice de bens do domicílio.

A presença da posse de plano de saúde faz com que os indivíduos apresentem baixos índices de doença crônica, sendo essa queda de 109,4% para mulheres e de 118,1% para homens. Assim como analisamos nos modelos de regressão logística binários, os homens também apresentam privilégios quanto à posse de planos de saúde para doença crônica.

Quanto aos fatores comportamentais, assim como quanto ao plano de saúde, encontramos valores semelhantes ao modelo anterior. A prática de atividade física faz com que mulheres e homens apresentem baixos índices de doença crônica, sendo de -108,27 para elas e -106,02 para eles.

A autodeclaração da saúde demonstra grandes diferenciais por gênero, uma vez que mulheres apresentam uma queda no índice de doença crônica de 66% quando autodeclaram sua saúde como boa, enquanto os homens apresentam um aumento no índice de 49,7% quando autodeclaram a boa saúde.

Tais fatores vão de acordo com o referencial teórico apresentado neste trabalho, onde homens têm taxas de mortalidade mais elevadas em relação às mulheres. Além de serem duas vezes mais propensos a morrer por: acidente, suicídio, *cirrose* e homicídio

(Annandale, 2010). Gênero como uma categoria socialmente construída, frequentemente produz inesperados riscos à saúde, devido aos papéis sociais e a expectativas que podem ser ligadas ao papel de gênero, como a contradição em homens apresentarem piores índices de doença crônica quando autodeclaram sua saúde como boa.

O hábito de fumar evidencia contraditórios resultados neste caso, sendo que mulheres e homens têm quedas no índice de doença crônica quanto mais fumam, com chance de -115,1 e -119,1, respectivamente. Contudo, acreditamos que esse fenômeno deva ser explicado através de outras variáveis ou combinações de variáveis que não abranjam nosso objetivo.

A análise da influência regional sobre o índice de doença crônica aponta que todas as regiões demográficas do Brasil apresentam uma queda na probabilidade de ter altos índices de doença crônica, se comparadas com o Nordeste brasileiro. A região Norte é a que indica maiores diferenciais de gênero nessa questão, uma vez que mulheres apresentam uma queda na probabilidade de doença crônica de 100,9% e homens de 60%, por residirem nesta região em comparação a quem reside no Nordeste.

Os resultados das análises de regressão corroboram com a hipótese de que os comportamentos diferenciais de gênero e seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres refletem tanto a autoavaliação do estado de saúde quanto o índice de doença crônica, e ainda que tais diferenciais variam de acordo com as macrorregiões do país, mas sem um padrão que possa-lhes atribuir valor explicativo.

## **DISCUSSÃO**

Apesar da estratificação social por gênero na saúde já ser bem consolidada pela literatura, poucos estudos quantitativos têm examinado como a desigualdade de gênero, combinada de forma aditiva com outros fatores sociais, afetam a saúde, a partir de indicadores diversos de saúde. Em vez disso, tendem a analisar as suas influências sem considerar uma vasta gama de fatores sociais. Além disso, poucos estudos examinam outros indicadores de saúde, além da autoavaliação, não permitindo um arcabouço comparativo que possa gerar padrões explicativos da estratificação social em saúde. As mudanças atuais nos índices de desigualdade e a diversidade da população brasileira levam esta questão não explorada a representar uma lacuna crítica na literatura existente sobre

desigualdade em saúde no Brasil. Este estudo aborda esta lacuna e amplia a discussão já existente sobre o tema.

O principal objetivo deste estudo foi comparar a desigualdade em saúde entre homens e mulheres no Brasil e estabelecer que, independentemente da variável utilizada para medir a saúde dos brasileiros, ela se apresenta demarcada por determinantes sociais, como o gênero. Com esse intuito, propusemos testar algumas hipóteses com base nas teorias que abordam temas relevantes para a pesquisa.

As duas hipóteses versavam sobre como as desigualdades de gênero, já definidas em outras áreas sociais, também se manifestando na saúde, independentemente da variável utilizada para medir a saúde dos indivíduos. Fundamentados nos dados analisados, pudemos perceber que essa desigualdade se apresenta não apenas entre homens e mulheres, mas também entre as mulheres e entre os homens, levando em considerações outros diferenciais sociais. Esses diferenciais de gênero se manifestaram nas duas variáveis dependentes e nos modelos estatísticos utilizados para medir a saúde.

Seguindo a abordagem dos múltiplos fatores sociais que impactam a saúde dos brasileiros, percebemos que existem um diferencial racial dentro dos grupamentos de gênero aqui analisados. Brancos apresentam melhores índices de autoavaliação de saúde, assim como menores probabilidades de apresentarem alguma doença crônica, em comparação aos não-brancos. Essa gradação na desigualdade em saúde por gênero e raça segue respectivamente um acréscimo: homem branco, homem negro, mulher branca e mulher negra. Resultados estes que são respaldados pela literatura destacando a desvantagem adicional sofrida pelas mulheres e pelos não-brancos por terem um leque de escolhas no que tange a recursos, poder e prestígio reduzido, o que impacta nos seus resultados na saúde. Além da discriminação sofrida por estes grupos em várias esferas da vida (Santos, 2011; Brown, 2016).

No que tange aos fatores socioeconômicos analisados – educação, renda familiar *per capita*, índice sociocupacional, bens do domicílio e posse de plano de saúde – todos apresentam uma relação direta de positividade com a saúde boa. Em outras palavras, quanto maiores os recursos socioeconômicos apresentados pelos indivíduos, maior as suas chances de apresentarem boa saúde e menores as suas chances de apresentarem alguma doença crônica. Os recursos socioeconômicos apresentam uma grande desigualdade de gênero. Como demonstrado pela literatura abordada, homens apresentam maiores

oportunidades em relação aos recursos socioeconômicos, o que explica em parte os melhores resultados em saúde (Scott, 1990, Martin, 2004). Contudo, a posição social das mulheres, com uma maior exposição ao estresse e às reduzidas possibilidades de escolha devido aos arranjos institucionais e familiares, também impacta para reduzir seus indicadores de boa saúde (Mullings *et. al.*, 2001).

Outros achados importantes em relação a desigualdade de gênero em saúde perpassa os fatores comportamentais. O hábito de fumar diminui a autodeclaração de boa saúde tanto para homens, quanto para mulheres. Entretanto, esse indicador é maior entre as mulheres. Ou seja, mulheres reconhecem mais suas perdas na saúde devido ao fumo, do que os homens. Demonstrando assim o maior conhecimento das mulheres em relação a sua saúde (Annandale, 2010).

Algumas limitações foram impostas a este trabalho ao fazermos a escolha e delimitação do estudo. Um ponto a se relevar, que merece maior destaque, vai no sentido de investigar com mais atenção a questão da interação multiplicativa entre as variáveis de *status* socioeconômico, gênero e raça e sua correlação direta com a saúde dos indivíduos, através da criação de um termo interativo delas. A literatura sobre essa questão vem sendo desenhada, mas ainda é tênue (Williams *et. al.*, 2005; Brown, 2016). Assim acreditamos que essa questão deva ser abordada em trabalhos futuros, com o objetivo de contribuir com o debate e o conhecimento sobre as nuances das desigualdades em saúde no Brasil.

Ainda vale ressaltar algumas abordagens que não foram aprofundadas aqui, porém são relevantes para ampliar a discussão sobre o tema. Além da questão da interação entre *status* socioeconômico, gênero e raça, como mencionado acima, ainda merecem destaque estudos que abordem os diferenciais geracionais em saúde, considerando a exposição a fatores de risco no curso de vida dos indivíduos. E também questões de segregação espacial e o impacto na saúde.

Outro ponto que pode ser suscitado é em relação ao propósito deste trabalho. Ao escolher um percurso de pesquisa, sabe-se que existem pontos positivos e negativos. O percurso delineado no presente estudo foi de uma análise quantitativa comparando homens e mulheres, como constructos de gênero, nos diferenciais de saúde segundo as cinco macrorregiões do Brasil. Estudos qualitativos concedem uma análise em profundidade sobre um grupo específico. Entretanto, o estudo quantitativo nos permite fazer generalizações, o que não seria possível em uma análise qualitativa.



Posto que mais pesquisas nesta abordagem sejam necessárias, existem generalizações que podem ser feitas partindo do presente estudo: i) a desigualdade de gênero, no Brasil, também perpassa por questões de saúde; ii) homens geralmente apresentam melhores índices de saúde que as mulheres; iii) esses diferenciais em saúde por gênero não apresentam um padrão explicativo que possa ser associação às regiões demográficas do Brasil; e iv) as desigualdades em saúde por gênero estão presentes em qualquer medidor de saúde utilizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRESTI, A. e FINLAY, B. **Métodos Estatísticos para Ciências Sociais**. Tradução: Lori Viali. 4. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

ANNANDALE, E. Health Status and Gender. In: COCKERHAM, W. C. **The New Blackwell Companion to Medical Sociology**. Wiley-Blackwell, 2010.

AQUINO, E. M. L. *et. al.* Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. **Ver. de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 26, n. 3, jun. 1992.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997 (Cap. II, 5 e 6).

BLACK, D. *et. al.* **Inequalities in Health: The Black Report; The Health Divide**. London: Penguin, 1988.

BRATTER, J. L. and GORMAN, B. K. Is Discrimination an Equal Opportunity Risk? Racial Experiences, Socioeconomic Status, and Health Status among Black and White Adults. **Journal of Health and Social Behavior**. September 2011, 52: 365-382. doi:10.1177/0022146511405336.

BROWN, T.H.; RICHARDSON, L.J.; HARGROVE, T.W. and THOMAS, C.S. Using Multiple-hierarchy Stratification and Life Course Approaches to Understand Health Inequalities: The Intersecting Consequences of Race, Gender, SES, and Age. **Journal of Health and Social Behavior**. 2016. June; 57(2):200-222. Doi:10.1177/0022146516645165

CARRARA, S. *et. al.* A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**. 2009; 19(3):659-78.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, July 2013. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700002&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 22 sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700002>.

COCKERHAM, W. C. **Social Causes of Health and Disease**. Cambridge (U.K.): Polity Press, 2007. pp. 1-25.

DACHS, J. N.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.

DAHLGREN, G., and WHITEHEAD, M. Tackling Inequalities: A Review of Policy Initiatives. In: **Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action**. eds. BENZEVAL, M.; JUDGE, K.; and WHITEHEAD, M. London: Kings Fund Institute. 1995.

DOYAL, L. **What makes Women Sick?** Londres: Macmillan, 1995.

EHRENREICH, B. e ENGLISH, D. **Para seu próprio bem**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2003.

ELLEN, I. G. Is segregation bad for your health? The case of low birth weight. **Brookings-Wharton Papers on Urban Affairs**. 203-238, 2000.

ELO, I. T. Class differentials in health and mortality: patterns and explanations in comparative perspective. **Annual Review of Sociology**. 35: 553-572, 2009.

FAHEL, M. C. X.; NEVES, J. A. B. Desigualdades Em Saúde No Brasil: Análise Comparada Do Acesso Aos Serviços De Saúde Por Estratos Ocupacionais. **Teoria & Sociedade** (UFMG). V. 17, p. 140-159, 2009.

FOUCAULT, M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução: Eduardo Brandão; revisão da tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção Tópicos).

GANZEBOOM, H. *et. al.* A Standard International Socio-economic Index of Occupational Status. **Social Science Research**, n. 21, p. 1-56. 1992.

GEORGES, I. e SANTOS, Y. G. dos. *Care* e políticas públicas: o caso das “agentes comunitárias de saúde” e das “agentes de proteção social”. In: HIRATA, H. e GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). **Cuidados e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012, p. 166-182.

GRODSKY, E. and PAGER, D. The Structure of Disadvantage: Individual and Occupational Determinants of the Black-White Wage Gap. **American Sociological Review**, 2001: 66 (August): 542-567.

GRUSKY, D. The Past, Present as Future of Social Inequality. In: **Social Stratification: Class, Gender and Race in Sociological Perspective**. Revised Edition. Boulder: Westview Press, 2000.

HELAL, D. H. e NEVES, J. A. B.. Superando a pobreza: o papel do capital social na região metropolitana de Belo Horizonte. **Cadernos EBAPE.BR** (FGV), v. 5, p. 01-13, 2007.

HOUSE, J. S.; WILLIAMS, D. R. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. In: SMEDLEY, B. D. e SYME, L. S. (Eds.). **Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research**. Washington: National Academy Press, 2000.

IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** – 2008. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JACKSON, P. B. and WILLIAMS, D. R. The Intersection of Race, Gender, and SES: Health Paradoxes. P. 131-62. In: **Gender, Race, Class, & Health: Intersectional Approaches**, edited by SCHULZ, A. and MULLINGS, L. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

KRIEGER, K. *et al.*. Measuring social class in Us public health research: concepts, methodologies, and guidelines. **Annual Review of Public Health**. 18: 341-78, 1997.

LEÃO, N. Desigualdade Social em Saúde no Brasil. **Revista Virtú**. 9. ed. 2009.

MARMOT, M.G. *et al.* Explanations for Social Inequalities in Health. In: **Society and Health**, eds. B.C. Amick *et al.* New York: Oxford University Press, 1995.

MARTIN, P. **Gender as social institution**. Louisiana: Southern Sociological Society, 2004.

MULLINGS L., WALI A. **Stress and resilience: The social context of reproduction in Central Harlem**. New York: Kluwer 2001.

MUNIZ, J. O. Preto no branco? Mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. **Dados**. V. 55; n. 1; 2012. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582012000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582012000100007&script=sci_arttext)>. Access on: 25 september 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582012000100007>.

PAYNE, S. Illness and health: sex, gender and morbidity. In: \_\_\_\_\_. **The Health of Men and Women**. Polity Press, 2006.

PHELAN, J. C. *et al.* Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**. November 2010; vol. 51, 1 suppl: p. S28-S40.

PNAISH. **Política Nacional de Saúde do Homem**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_homem\\_pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem_pdf)>. 2008. Acesso em: 20 dez. 2013.

RIEKER, P. P. *et al.* Understanding Gender and Health, In: BRID, C. E.; CONGRAD, P.; FREMONT, A. M.; TIMMERMANS, S. (Eds.). **Handbook of Medical Sociology**. 6. ed. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010.

ROSE L. *et. al.* The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. **Journal Adv. Nurs.** 2000:32:587–594.

SANTOS, J. A. F. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**. São Paulo. V. 24; n. 70; June 2009. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-9092009000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-9092009000200003&lng=en&nrm=iso). Access on: 04 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092009000200003>.

\_\_\_\_\_. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Ver. Bras. Ci. Soc.** [on-line]. 2011. Vol. 26; n. 75; p. 27-55. ISSN 0102-6909. doi:10.1590/S0102-69092011000100002.

SCHWARZ, E. *et. al.* Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 46, supl. 1, Dec. 2012. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso). Access on: 29 dez. 2013. Epub Dec 11, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061>.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *In: Educação e Realidade.* V. 16, n. 2, jul./dez. 1990, p. 5-19.

TILLY, C. O acesso desigual ao conhecimento científico. Tradução: Alexandre Massella. **Tempo Social** – Revista de Sociologia da USP. Vol. 18, n. 2, p. 47-62, nov. 2006.

TRAVASSOS, C. *et. al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva.** Rio de Janeiro. V. 5, n. 1, 2000. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso). Access on: 06 aug. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>.

VILLELA, W. e MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde:** Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

WEBER, L. and PARA-MEDINA, D. Intersectionality and Women's Health: Charting a Path to Eliminating Health Disparities. **Advances in Gender Research: Gender Perspectives on Health and Medicine.** 7:181–230. 2003.

WILLIAMS, D. R. The health of men: structured inequalities and opportunities. **Am. J. Public Health.** 2003;93(5):724–31. doi: 10.2105/AJPH.93.5.724.

\_\_\_\_\_. Patterns and Causes of Disparities in Health. P. 115–34 in **Policy Challenges in Modern Health Care**, edited by MECHANIC, D.; ROGUT, L. B.; COLBY, D. C.; and KNICKMAN, J. R.. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 2005a.

WILLIAMS, D. R. and JACKSON, P. B. Social Sources of Racial Disparities in Health. **Health Affairs.** 24:325–34. 2005.

ANEXOS

**Tabela 1. Razões de Chance dos Modelos de Regressão Logística para a Variável Dependente “Autoavaliação do Estado de Saúde”.  
Brasil (2008).**

Saúde “boa”	Modelo 1 Mulher	Modelo 1 Homem	Modelo 2 Mulher	Modelo 2 Homem	Modelo 3 Mulher	Modelo 3 Homem
<b>Raça</b>	1,399***	1,272***	1,410***	1,381***	1,287***	1,293***
<b>Idade</b>	0,956***	0,948***	0,985***	0,978***	0,9866***	0,9794***
<b>Escolaridade</b>	1,0919***	1,063***	1,077***	1,051***	1,0874***	1,0537***
<b>ISEI</b>	1,004**	1,005***	1,0019	1,0061***	1,0036*	1,0072***
<b>Renda</b>	1,067***	1,071***	1,0608***	1,0574***	1,0534***	1,056***
<b>Bens</b>	1,839***	1,415***	1,7953***	1,4964***	1,565***	1,334**
<b>Plano de Saúde</b>			1,149**	1,217***	1,119*	1,182***
<b>Fumante</b>			0,8634**	0,938	0,862**	0,929
<b>Atv. Física</b>			1,287***	1,511***	1,321***	1,541***
<b>Doença</b>			0,6284***	0,606***	0,624***	0,603***
<b>Região</b>						
<b>Centro-oeste</b>					1,285***	1,283***
<b>Norte</b>					0,9301	0,8234*
<b>Sudeste</b>					1,866***	1,565***
<b>Sul</b>					1,504***	1,245**
<b>Constante</b>	3,077***	9,825***	2,319***	5,083***	1,6148***	4,106***
<b>Observações</b>	18.496	20.266	18.496	20.266	18.496	20.266

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: Exponenciais dos erros-padrão em parênteses.

\*Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,1%.

\*\* Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,05%.

\*\*\* Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,01%.

**Tabela 2. Razões de Chance dos Modelos de Regressão Lineares Generalizados para a Variável Dependente “Índice de Doença Crônica”. Brasil (2008).**

<b>Doença Crônica</b>	<b>Modelo 1 Mulher</b>	<b>Modelo 1 Homem</b>	<b>Modelo 2 Mulher</b>	<b>Modelo 2 Homem</b>	<b>Modelo 3 Mulher</b>	<b>Modelo 3 Homem</b>
<b>Raça</b>	0,0272***	-0,117***	0,0613***	-0,117***	0,0331***	-0,462***
<b>Idade</b>	-0,0245***	-0,0451***	-0,0376***	-0,0190***	-0,0381***	-0,0187***
<b>Escolaridade</b>	-0,00443***	0,0179***	0,0168***	-0,00194***	-0,00301***	0,0286***
<b>ISEI</b>	0,00623***	-0,00193***	0,000514***	-0,00227***	0,00200***	0,00688***
<b>Renda</b>	0,0255***	0,00997***	0,000865	0,0822***	0,0222***	0,0840***
<b>Bens</b>	0,0109*	0,0627***	0,224***	0,0177***	-0,0256*	-0,804***
<b>Plano de Saúde</b>			-0,142***	-0,334***	-0,0940***	-0,181***
<b>Fumante</b>			-0,142***	-0,118***	-0,151***	-0,191***
<b>Atv. Física</b>			-0,0305***	-0,0590***	-0,0827***	-0,0602***
<b>Autoavaliação</b>			0,677***	1,051***	0,340***	1,497***
<b>Região</b>						
<b>Centro-oeste</b>					-0,0967***	-0,165***
<b>Norte</b>					-0,00939	0,400***
<b>Sudeste</b>					-0,206***	-0,162***
<b>Sul</b>					-0,198***	0,0774***
<b>Constante</b>	1,168***	2,845***	1,807***	1,017***	2,410***	1,609***
<b>Observações</b>	18.496	20.266	18.496	20.266	18.496	20.266

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: Exponenciais dos erros-padrão em parênteses.

\*Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,1%.

\*\* Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,05%.

\*\*\* Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,01%.