

# Saúde, Sexo e Género

Factos, Representações e Desafios

Direcção-Geral da Saúde



# Saúde, Sexo e Género

Factos, Representações e Desafios

**Ficha Técnica****Autoria**

Ana Rita Laranjeira  
*Direcção-Geral da Saúde*

António M. Marques  
*Instituto Politécnico de Setúbal / Escola Superior de Saúde de Setúbal*

Célia Soares  
*Instituto Politécnico de Setúbal / Escola Superior de Saúde de Setúbal*  
*Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa*

Vasco Prazeres (coordenador)  
*Direcção-Geral da Saúde*

**Colaboração**

Ana Paula Paulino  
*Centro de Investigação e Intervenção Social*  
*Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa*

Helena Santos  
*Centro de Investigação e Intervenção Social*  
*Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa*

Sónia Gonçalves  
*Centro de Investigação e Intervenção Social*  
*Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa*  
*Instituto Piaget*

Susana Batel  
*Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa*

**Capa**

Augusto Cardanha

**SAUDE, SEXO E GENERO**

Saúde, sexo e género : factos, representações e desafios / Vasco Prazeres, coord. ... [et al]. - Lisboa : DGS, 2008. - 137 p. : il. ISBN 978-972-675-181-6

Género / Sexo / Médicos / Enfermeiros / Entrevistas / Questionários / Informação--análise / Política de saúde

276640/08

... Everyone who cares for patients or, for that matter, comes in contact with the oldest citizens of our society, knows that women outlive men. But male vulnerability as they approach older age is far from the whole story - from the moment of conception until they die, men are strikingly less likely to survive than are women.

For example, even though there are more male than female embryos, probably because spermatozoa carrying the Y chromosome swim faster than those carrying X chromosome, there are more miscarriages of male fetuses. Some pundits hypothesize that the gallant Y-bearing sperm is preferentially attracted to immature and imperfectly developed oocytes (Do men prefer youth even at the expense of age-dependent characteristics like wisdom and stability, even in the womb? Or is it a chivalrous attempt to rescue the most vulnerable ova?)...

Marianne Legato, 2006

## Índice

Nota Introdutória	11
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>Desigualdades em saúde dos homens e das mulheres</b>	15
Determinantes da saúde	17
O paradigma ecológico na epidemiologia	20
Mulheres, homens e saúde	21
Em torno dos conceitos de sexo e de género	24
Sexo, género e saúde	26
Efeitos de sexo e género na saúde - a linguagem dos números	29
Principais causas de morte, em ambos os sexos	32
Género e políticas de saúde	40
O sector da saúde como estrutura genderizada	41
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>Representações dos profissionais de saúde</b>	49
Estudo 1	50
Estudo 2	67
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>Género e políticas de saúde</b>	83
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>Considerações finais</b>	101
<b>Referências</b>	107
<b>Apêndices</b>	119
Apêndice I – Questionário do Estudo 1	120
Apêndice II – Gráficos dos resultados do Estudo 1	125
Apêndice III – Guião das entrevistas realizadas no Estudo 2	133
Apêndice IV – Gráficos utilizados na entrevista com a distribuição do n.º de homens e mulheres por algumas especialidades médicas/enfermagem	135
Apêndice V – Questões orientadoras da análise documental	137

## Prefácio

O género, entendido como a construção social das diferenças entre homens e mulheres, é um determinante social com reconhecido impacto nos indicadores de saúde. A par da vasta produção científica neste domínio, em particular no âmbito das ciências sociais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem realçado a importância do desenvolvimento de políticas de saúde sensíveis ao sexo e ao género.

Em Portugal, a emergência destas questões surge no debate da promoção da saúde sexual e reprodutiva, como forma de contribuir para melhores resultados em saúde através do *empowerment* do estatuto das mulheres. Por outro lado, recentemente, em Novembro de 2007, a proposta para a criação do Fórum Português para a Saúde dos Homens assinala a desigualdade da esperança de vida entre homens e mulheres, bem como as diferenças existentes na taxa de mortalidade bruta e prematuridade da mortalidade de homens, considerando “imperativa uma abordagem da saúde sensível ao género”.

O documento que ora se divulga resulta de um conjunto de estudos que foram elaborados no âmbito do Projecto “Saúde, Sexo e Género – PROSASGE”, que está a ser desenvolvido na Direcção-Geral da Saúde, desde Maio de 2006.

Tal iniciativa inscreve-se numa valorização crescente, no domínio da saúde, quer do estudo das semelhanças e diferenças entre homens e mulheres e do papel do sexo e do género enquanto determinantes da saúde, quer da eliminação das iniquidades que são geradas.

À escala mundial, este movimento tem vindo a intensificar-se no decurso dos últimos anos, com instâncias internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, o FNUAP, a União Europeia e o Conselho da Europa a colocarem este assunto em destaque nas respectivas agendas, inserindo-o numa perspectiva mais ampla de luta contra as desigualdades de género.

A nível nacional, a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género polariza um conjunto de motivações e iniciativas neste domínio com impacto na saúde de mulheres e homens.

Por seu lado, o III Plano Nacional para a Igualdade 2007-2010 preconiza a acentuação de uma “Perspectiva de Género nos Domínios Prioritários da Política”, apontando um conjunto de 2 objectivos e 7 medidas concretas a serem desenvolvidas no Sector da Saúde. Por seu turno, a comunidade científica, a quem é reconhecido o mérito de ter impulsionado a investigação nestas matérias, tem procurado dar a conhecer saberes que sustentem novos paradigmas de intervenção neste domínio.

É, pois, neste contexto que se insere o trabalho agora apresentado, desejando-se que possa representar um contributo válido para o reforço do *gender mainstreaming* na Saúde, e para a obtenção de mais ganhos em saúde, numa perspectiva de equidade entre homens e mulheres.

Mas, a concretização do *gender mainstreaming* (entendido como a impregnação do género nos programas) impõe esforços acrescidos. O reconhecimento sistemático das diferenças e similitudes entre homens e mulheres constitui um mecanismo necessário para assegurar respostas adaptadas às necessidades da população, contribuindo, desta forma, para a melhoria do estatuto de saúde de homens e mulheres.

Se é certo que, actualmente, o género é reconhecido como importante determinante, sendo prioridade para as agendas da saúde, já o desafio do *gender mainstreaming* gera o desenvolvimento de estratégias inovadoras.

Cabe à Direcção-Geral da Saúde liderar este processo.

### Francisco George

Director-Geral da Saúde

## Nota Introdutória

Afinar os mecanismos que permitem medir o estado de saúde e o bem-estar de cada pessoa, assim como estabelecer comparações entre indivíduos e entre grupos, nessa matéria, constitui uma preocupação nuclear das Ciências da Saúde. Do progresso permanente dessa tarefa depende a possibilidade de accionar dispositivos de educação, prevenção e protecção que contribuam para a obtenção de mais ganhos em saúde, para cada cidadão e para as populações em geral.

É possível identificar dissemelhanças no que respeita à saúde de cada indivíduo nos diversos momentos do respectivo ciclo vital, quando se estabelecem comparações entre indivíduos, ou quando se colocam em equação populações diferentes ou grupos de indivíduos que ocupam posições assimétricas nas hierarquias sociais (Graham, 2007)<sup>1</sup>.

Os vários caminhos apontados para encarar tais desigualdades em saúde, ou seja, o estudo das variações individuais, concretizado através da abordagem clínica e dos cuidados personalizados, o das diferenças entre grupos ou o das dissemelhanças socialmente estruturadas, mais do domínio da Epidemiologia e da Saúde Pública, não devem ser encarados como mutuamente exclusivos. As dimensões subjacentes têm virtualidades próprias e, cada vez mais, se verifica a necessidade de se desenvolver uma acção integrada destas diferentes formas de abordar o fenómeno da saúde e da doença nos seres humanos.

No presente trabalho, pretende-se dar evidência particular a certas formas de desigualdade em saúde que são, em parte substantiva, socialmente geradas, mantidas ou agravadas – e por isso merecedoras de respostas adequadas numa sociedade verdadeiramente democrática.

Concretamente, o tema nuclear desta dissertação é o das dissemelhanças verificadas quanto à saúde nos homens e nas mulheres, não deixando de abordar as que decorrem do dualismo biológico, mas colocando a tónica mais naquelas que, tomando-o como justificação, continuam a ser socialmente construídas.

<sup>1</sup> No presente documento, serão frequentemente empregues, como sinónimos, os vocábulos “desigualdades”, “disparidades”, e “dissemelhanças”, sempre que a apreciação das diferenças detectadas não releve formas de injustiça relativa entre os grupos em análise; nesse caso, aquelas serão designadas por “iniquidades”, conforme adiante se verá.

Assim, procura-se utilizar uma perspectiva compreensiva acerca das diferenças relevantes quanto a indicadores de saúde, ou, mais concretamente, no que respeita a dados da mortalidade nos homens e nas mulheres, a determinantes e factores que para eles podem contribuir, ao modo como o próprio sector da Saúde lida com a questão, bem como aos desafios que se colocam quanto à intervenção futura.

Para tal, assume-se que o ser homem ou mulher consubstancia uma determinante em saúde complexa, de cariz muito particular, uma vez que os mecanismos de acção e o impacte gerado se tornam, por vezes, difíceis de objectivar. Se, no plano dos factores biológicos indutores das diferenças, existe uma história secular de produção científica e técnica, no campo dos mecanismos psicossociais e dos dispositivos culturais indutores das mesmas o conhecimento é, ainda, incipiente.

Se, no primeiro caso, é sabido que muitas dissemelhanças são inultrapassáveis (pelo menos no estágio actual de evolução das ciências médicas), dada a matriz biológica específica que lhes subjaz, no segundo, ao consubstanciarem, em parte significativa, injustiça e serem passíveis de correcção, exigem, cada vez mais, políticas de intervenção assentes no reconhecimento e no controlo dos factores que, em larga medida, as condicionam.

Assim, torna-se inviável encarar estas (e todas) desigualdades em saúde de uma forma meramente descritiva, acrítica. Ao invés, é tida em consideração a existência de múltiplas dissemelhanças que assentam nas diferenças e assimetrias entre grupos sociais e que são “política, social e economicamente inaceitáveis” (WHO, 1978; Whitehead, 1990), uma vez que se afiguram desnecessárias, potencialmente evitáveis (Braveman, 2006) e injustas.

É a esse tipo de discrepâncias, sistematicamente relacionadas com as assimetrias geradas no posicionamento relativo e na valorização atribuída aos indivíduos numa determinada sociedade, que corresponde o conceito de *iniquidades* (Doyal, 2000; Graham, 2007).

Analísá-las e minorar ou anular o respectivo impacte pressupõe assumir, também, posicionamentos éticos e morais acerca delas, desenvolvendo conhecimentos, lançando políticas e adequando a prestação de cuidados. É numa perspectiva democrática e sob os princípios da justiça social e da igualdade de oportunidades que tal desiderato deve ser perseguido (The Australian Health Policy Institute, 2006).

Nesse sentido, as iniquidades ligadas ao género merecem relevo particular. Minorá-las ou eliminá-las exige uma maior clarificação da matriz complexa de variáveis que o sustentam, quer sob o ponto de vista conceptual, quer nos aspectos do dia-a-dia em que se manifesta.

Tais determinantes da saúde só podem ser integralmente percebidas quando equacionadas nas interacções com as outras determinantes. O impacte produzido só se evidencia, na sua plena expressão, quando o facto de ser homem ou mulher se cruza com outros elementos de análise, que lhe conferem valor e contornos diferentes, tais como a classe social de inserção, a etnia ou o contexto geográfico e político (Doyal, 2000). Contudo, porque o estudo de tais influências não constitui objecto central deste trabalho, apenas lhes será feita menção em diferentes pontos do texto, realçando a sua importância, quando tal foi entendido como pertinente.

Em suma, o presente trabalho resulta da necessidade, por um lado, de se conhecer melhor o impacte tido na saúde dos homens e das mulheres, não apenas dos factores ligados ao dimorfismo sexual, mas, principalmente, as iniquidades ligadas ao género; por outro, advém da importância de se documentar melhor o papel de mediação que este exerce nas políticas, nas práticas e nas relações profissionais no sector da Saúde (Sem & Östlin, 2007).

A evidência científica sobre as dissemelhanças entre sexos nesta matéria pode, e deve, merecer abordagens quantitativas sobre os dados epidemiológicos que estão disponíveis; contudo, a interpretação dos mesmos e o desenho de políticas preventivas não dispensam uma leitura crítica sobre os factores mediadores e determinantes dos resultados encontrados – da qual uma leitura de género não pode, por isso, estar ausente.

Nos capítulos seguintes, que resultam do desenvolvimento de linhas de investigação diferentes acerca da relação complexa entre sexo, género e saúde, o assunto será abordado sob várias facetas.

Nesse sentido, no **Capítulo I**, são tecidas considerações acerca das desigualdades em saúde dos homens e das mulheres, sob diferentes perspectivas: determinantes em saúde, em particular o sexo e o género nas respectivas interacções; expressão epidemiológica das diferenças, a partir dos dados da mortalidade; aspectos particulares da diferença em algumas patologias major; finalmente, a *genderização* dos próprios serviços e dos padrões de resposta dados.

No **Capítulo II**, admitindo que o género, enquanto (...) *forma de olhar o mundo* (...) (Health Canada, 2000), assume o carácter de um princípio organizador do modo como estruturamos o conhecimento e nos posicionamos, face a homens e mulheres - quanto a diferenças e semelhanças atribuídas, realidades sociais vividas, formas de conduta percebidas, perfis das relações interpessoais, atitudes face à saúde e interacção com os serviços e profissionais – é dado a conhecer um conjunto de dois estudos empíricos, complementares, com vista a aprofundar-se o conhecimento sobre a expressão dessas variáveis entre os profissionais de saúde. Um dos estudos, de cariz quantitativo, centrou-se nas percepções e ideias de médico(a)s e enfermeiro(a)s, quer dos cuidados primários, quer dos hospitalares, a propósito das diferenças percebidas entre saúde dos homens e das mulheres, contornos das relações profissionais entre sexos e impacto do género nesses processos. O outro, de teor qualitativo, destinou-se a uma exploração mais sistematizada das facetas do género nas vivências da saúde, a partir das representações e narrativas dos profissionais.

No **Capítulo III**, lança-se, através das ‘lentes de género’, um outro olhar sobre um documento estratégico e norteador das políticas de saúde em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004- 2010; através dessa reflexão, pretende-se contribuir para que o estabelecimento do *gender mainstreaming*, preconizado pelos centros de poder e pelas agências internacionais, adquira maior expressão prática, contribuindo para minorar ou eliminar as iniquidades em saúde ligadas ao género e para a obtenção de mais ganhos para mulheres e homens.

## CAPÍTULO I

### Desigualdades em saúde dos homens e das mulheres

Genericamente, as acções em Saúde têm por finalidade a obtenção de mais ganhos para todos os cidadãos. Contudo, para que tal se cumpra, as iniciativas não podem ter lugar no pressuposto de que todos os indivíduos se encontram nas mesmas condições para delas usufruírem. Afigura-se indispensável tomar em consideração o facto de serem diferentes as posições relativas ocupadas por cada um, e por cada grupo, face à concretização desse desiderato.

Uma forma de entender a ‘posição social’ de cada indivíduo é a de considerá-la como resultante da intersecção do estrato social em que se insere, entendido numa perspectiva ‘vertical’ (rendimento económico, grau de escolaridade, profissão, etc.) com outros grupos de pertença ‘na horizontal’ (grupo etário, sexo, etnia, etc.) (European Partners for Equity in Health, 2006).

Não custa, por isso, admitir que, quanto mais baixa for a posição relativa do grupo face a outros e mais baixa a posição do indivíduo no seu grupo, menor é a probabilidade deste apresentar bons índices de saúde.

Nas palavras de Arnaldo Sampaio (1960), “quanto mais pobre mais doente e quanto mais doente mais pobre!” A este propósito, num relatório publicado, sob a égide da Presidência Britânica da União Europeia, afirmava-se, nas conclusões, que “(...) *os indivíduos com mais baixo nível de escolaridade, profissional e com menores rendimentos tendem a morrer mais novos e a ter, ao longo das suas vidas mais curtas, prevalência mais elevada de todos os tipos de problemas de saúde* (...)” (Mackenbach, 2006). Existindo um verdadeiro ‘gradiente social’ (The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, 2005-06; Wood et al., 2006) também no que respeita à saúde,



o desafio que se coloca aos cidadãos e aos Estados é minorar ou, mesmo, abolir tal escalonamento. Assim, nessa ordem de ideias, é esperado que os grupos em desvantagem alcancem, pelo menos, os padrões de saúde já conquistados pelos que se encontram socialmente mais favorecidos (Braveman, Gruskin, 2003).

Dito de outra forma, garantir a equidade em saúde implica preservar a igualdade de oportunidades na expressão dos potenciais individuais, no usufruto de cuidados e na obtenção de ganhos em saúde, sem que, para tal, a pertença a um determinado grupo social, ou a posição hierárquica ocupada dentro dele, constituam obstáculos.

Nesta linha de pensamento, o presente trabalho, que aborda as diferenças entre sexos, procura valorizá-las enquadrando-as no posicionamento relativo de mulheres e homens nas hierarquias sociais, em torno das quais as sociedades permanecem construídas (Graham, 2007).

Não basta, contudo, identificar tais diferenças e descrevê-las; nas Ciências da Saúde, essas têm sido tarefas da epidemiologia clássica, entendida como o “estudo das doenças e dos factores de risco em diferentes populações” (Braveman, 2006). Afigura-se, cada vez mais, necessário interpretá-las nas respectivas interações - e valorizá-las enquanto iniquidades, conforme atrás salientado - para que uma perspectiva mais compreensiva e integradora dos fenómenos possa facilitar intervenções mais promotoras de saúde, em ambos os sexos.

As iniciativas tomadas necessitam, assim, de ponderar, cada vez com maior rigor, as diferentes conjunturas e fenómenos que, em interacção, condicionam a saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais. Uns, interferem no plano individual, quer sob o ponto de vista biológico (genética, somática ou metabolicamente originados), quer psicossocial, quer dos estilos de vida e comportamentos. Outros, dizem mais respeito ao domínio ambiental, seja os de cariz físico, químico ou biológico, seja os do domínio económico,

## Determinantes da saúde

social, cultural e político, seja o dos contextos de vida e dos recursos comunitários (Australian Institute of Health and Welfare, 2002).

De um ponto de vista discursivo e conceptual, pode dizer-se que a ideia de ‘determinantes sociais da saúde’ não é absolutamente nova. A literatura científica e os documentos orientadores dos últimos 50 anos, incluindo os da Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam alguma insistência no tema (Irwin & Scali, 2007). Com efeito, a influência decisiva dos factores ambientais na saúde tem sido objecto de análise desde há longa data, uma preocupação que pode ser sintetizada por uma pergunta formulada, há mais de um século, por Rudolf Virchow<sup>2</sup>: “Não encontramos nós as doenças do povo quando descobrimos os defeitos da sociedade?”<sup>3</sup>. Todavia, a análise das ideias e das políticas, pelo menos, desde meados do Século XX até aos dias de hoje, evidencia a vulnerabilidade das perspectivas de valorização dos determinantes da saúde, as quais parecem depender dos interesses políticos, económicos e ideológicos prevaletentes num dado momento (Irwin & Scali, 2007, p.251). O encontro de interesses comuns e a articulação de perspectivas entre as ciências da saúde e as ciências sociais e humanas podem ser vistas, neste contexto, como uma via altamente promissora para um entendimento mais profundo acerca dos determinantes da saúde.

Na história da saúde pública, são inúmeros os exemplos da tensão entre as ciências ditas biológicas e as sociais, a qual ainda não está completamente resolvida (Inhorn & Janes, 2007). Assinalam-se, contudo, bons exemplos de como as duas perspectivas se enriquecem mutuamente, sobretudo no domínio da vigilância, do controlo e da prevenção das doenças transmissíveis (op.cit.). Neste campo concreto, tem-se observado, sobretudo, a dificuldade em aplicar de forma eficaz o vasto conhecimento sobre imunologia e virologia, bem como dos mecanismos de transmissão das doenças, mesmo no ‘mundo desenvolvido’, em grande medida, pela resistência das comunidades e pela multiplicidade de determinantes em causa (Cline, 1995; Inhorn, 1995; Inhorn & Janes, 2007; Low, Low, & Huynh, 2005; Lynch, Davey, Harper, & Hillemeir, 2004).

<sup>2</sup> Patologista europeu do Século XIX, citado por Irwin e Scali (2007, p. 236).

<sup>3</sup> Tradução livre de: “Do we not always find the diseases of the populace traceable to defects in society?”

Como afirmam Inhorn e Janes (2007, p.295), “(...) tem havido alguma inabilidade para lidar, de modo efectivo, com os determinantes sociais das doenças ao nível das comunidades, especialmente nesta era de globalização rápida, de colapso das infra-estruturas da saúde e de crescimento da desigualdade”. Este balanço menos positivo, no seu entender, pode ser melhorado através da promoção das trocas intelectuais e teóricas entre a epidemiologia e a antropologia (bem como de outras ciências sociais e humanas, acrescentaríamos nós), uma vez que cada uma delas pode dar contributos inegáveis para o conhecimento e compreensão do comportamento humano, nos contextos sócio-políticos, ecológicos, evolutivos e culturais (op.cit., p.295).

Por esta via, abandona-se a perspectiva ‘a-social’ acerca dos factores de risco, em favor da “(...) aproximação aos factores causais (culturais, sociais, económicos e políticos) que determinam padrões particulares do comportamento humano” (op.cit., p.295). É este o caminho para a acentuação da importância da estrutura face ao sujeito, a consideração definitiva de que as forças macro-estruturais subordinam o controlo individual dos factores que afectam a saúde individual e colectiva (op.cit., p.295).

Os mesmos investigadores, num artigo de revisão da produção teórica e prática de Frederick Dunn, sintetizam de forma simples o pensamento integrador da óptica social no domínio da saúde e da centralidade dos comportamentos humanos: “(...) como todas as doenças são causadas, pelo menos em parte, pelo comportamento dos indivíduos, grupos ou comunidades, a epidemiologia deve ser uma ciência comportamental” (Dunn & Janes, 1986, p.3; citados por Inhorn & Janes, 2007, p.304). Nesse sentido, a complementaridade e a colaboração prática entre as perspectivas bio-médica e social deve “(...) explorar os nexos entre as consequências do comportamento na saúde e as correlações sociais e culturais desse comportamento” (op.cit., p.304). É inevitável, pois, considerar o conjunto de factores observados que, com mais proximidade, ampliarão o conhecimento acerca dos fenómenos de saúde investigados.

Se a finalidade da epidemiologia é a compreensão, a prevenção e o controlo da doença (Oppenheimer, 1995, p.918), não é seguro que, através do modelo de investigação clínico (dominante), se vá além do aumento do conhecimento acerca da etiologia, dos mecanismos de transmissão e dos efeitos físicos desta (Lawson & Floyd, 1996, p.1029). Ainda que os refiram, os epidemiologistas que se orientam por esse modelo dominante de investigação têm dado pouco relevo aos comportamentos e às motivações dos indivíduos na explicação da disseminação das doenças. Ou seja, mais do que identificar e enumerar esses comportamentos, é preciso investir na sua compreensão e incluí-los nos protocolos de investigação, de forma a atribuir-lhes um carácter determinante. Os significados atribuídos pelos indivíduos aos comportamentos que condicionam a sua saúde devem, então, ser centrais no pensamento epidemiológico (op.cit., p. 1029).

Em suma, para conhecer melhor os contornos do equilíbrio saúde/doença e poder introduzir factores correctores é necessário melhorar a capacidade de valorizar o impacto produzido pelas diferentes determinantes da saúde nas populações e nos diferentes grupos sociais de pertença (Wood J et al., 2006). Por exemplo, no caso europeu, segundo o relatório produzido no âmbito da Presidência Britânica da União Europeia, em 2006, “(...) a existência de variações substantivas nos padrões das desigualdades em saúde entre os países europeus, particularmente a nível de causas de morte específicas, doenças e factores de risco sugerem que as desigualdades em saúde poderão não ser inevitáveis (...)” (Mackenbach, 2006). Mas, conforme, aliás, o mesmo autor acentua, a persistência das desigualdades – mesmo nos países com políticas continuadas para a igualdade – acaba por sublinhar o facto daquelas ainda estarem profundamente enraizadas nos sistemas de estratificação social das sociedades modernas (Mackenbach, 2006).

## O paradigma ecológico na epidemiologia

Intervir ao nível societal, no sentido da prevenção, implica, portanto, uma relativa desfocalização da esfera individual e definir como alvo os grupos ou as populações e considerar o ‘social’ como uma entidade regulada pelas suas próprias leis e dinâmicas (Susser & Susser, 1996a, p. 671).

Sob esta perspectiva, para a compreensão mais profunda e para a acção mais eficaz sobre os problemas de saúde com raízes de ordem sócio-cultural, sugere-se a necessidade de **articulação de níveis de análise e de intervenção**. É necessário, por um lado, conhecer os mecanismos biológicos subjacentes às doenças e, por outro, a um nível intermédio, identificar e caracterizar os comportamentos sociais específicos dos indivíduos, bem como outras características das populações e, por fim, a um nível global, as interconecções entre as diversas sociedades, por forma a conhecer os percursos da disseminação (Susser & Susser, 1996b, p. 674-5)<sup>4</sup>.

Esta via, segundo os investigadores, permitirá aos epidemiologistas “(...) *trabalhar ao mesmo tempo aos níveis molecular e societal*” (op.cit., p. 675). Será através da tentativa constante de articulação destes níveis que, provavelmente, se encontrarão explicações mais plausíveis e complexas para os problemas de saúde e se evitará o isolamento das análises e das intervenções, o que corresponde a propostas que, nas últimas duas décadas, têm vindo a ser explicitadas (Bandura & Kickbusch, 1991; Charlton, 1997; Inhorn & Janes, 2007; Krieger, 1994; Lawson & Floyd, 1996; Link & Phe-lan, 1996; Needleman, 1997; Oppenheimer, 1995; Pearce, 1996; Susser, 1994a, 1994b; Syme, 2005; Syme & Frohlich, 2001; Weed, 1995; Wing, 1994, 1998).

De um ponto de vista epistemológico, tal perspectiva desafia a orientação exclusiva pelo princípio do universalismo, característico do pensamento e da prática das ciências físicas, pois as ciências ditas biológicas precisam de valorizar a óptica ecológica (Susser & Susser, 1996b, p. 675). Ou seja, o ‘ecologismo’, ao contrário do universalismo, impõe a necessidade de localizar e delimitar as generalizações acerca da biologia humana e dos contextos sociais, uma orientação que, no entendimento desses autores, não tem sido,

<sup>4</sup>Para a exposição do seu raciocínio e defesa desta alternativa ao trabalho epidemiológico, os autores tomaram o exemplo do VIH/SIDA, daí a referência à disseminação das doenças transmissíveis.

em geral, valorizada pela epidemiologia.

É sob a orientação que surge a metáfora das ‘caixas chinesas’, simbolizando o paradigma da eco-epidemiologia (Susser & Susser, 1996b, p. 675). Pela perspectiva das estruturas biológicas, sociais ou topográficas localizadas, considera-se a existência de níveis sucessivos de organização, cada um deles envolvendo e ligando-se intimamente com o seguinte (op.cit., p. 675-6). A epidemiologia deverá, pois, analisar os determinantes e os resultados a diferentes níveis da organização (op.cit., p. 676), mesmo que tal implique o abandono do desejo de construir ‘leis universais’.

Do ponto de vista conceptual e metodológico, sob a orientação deste paradigma, os procedimentos seguem os preceitos aceites pela ciência, pelo que apenas são modificados os **níveis de análise** considerados, na tentativa de conhecer a realidade, na sua máxima complexidade. É, julgamos, uma orientação adequada aos objectivos deste estudo.

## Mulheres, homens e saúde

No caso presente - o estudo das diferenças, em matéria de saúde, entre homens e mulheres - o principal desafio que dele deriva é o de serem desenvolvidas políticas que equacionem, com maior rigor, entre outras variáveis, o ‘sexo de pertença’ dos indivíduos como determinante das mesmas - quer enquanto conjunto de *idiosincrasias* de carácter biológico que as condicionam, quer enquanto *argumento* que tem permitido construções socialmente elaboradas e que geram desigualdades que são eticamente inaceitáveis.

Dito de outro modo, trata-se de desenvolver mecanismos que permitam responder, de forma mais documentada, às diferenças que são determinadas pelo dimorfismo sexual e, simultaneamente, minorar ou eliminar as iniquidades tecidas a partir deste. Não se trata, contudo, de uma forma de intervenção em universos separados, uma vez que, nesta matéria, os fenómenos físicos mentais e sociais interagem de forma demasiado complexa para que, sobre eles, se estabeleçam grelhas de leitura estanques e estereotipadas.

Sem dúvida que homens e mulheres apresentam particularidades de carácter biológico, que não se reduzem, apenas, aos aspectos somáticos e à esfera reprodutiva. Contudo, embora a diferença estrutural seja incontornável, cada vez se torna mais difícil estabelecer uma dicotomia absoluta. Aliás, diversos estudos no domínio dos *intersexos* e da Biologia do Desenvolvimento têm vindo a chamar a atenção para o facto da conceptualização estrita de um dimorfismo sexual absoluto se afigurar insustentável (Fausto-Sterling A, 1998, 2000; Blackless et al., 2000).

Num documento, muito recente, da OMS, sobre *Gender and Genetics*, afirma-se que “(...) *Os seres humanos nascem com 46 cromossomas, em 23 pares. Os cromossomas X e Y determinam o sexo do indivíduo. A maioria das Mulheres são 46XX e a maioria dos homens são 46XY. Contudo, a investigação sugere que, em cada mil nascimentos, alguns indivíduos apresentam um único cromossoma sexual (45X ou 45Y) (monossomias sexuais) e outros três ou mais cromossomas sexuais (47XXX, 47XYY ou 47XXY) (polissomias sexuais). Além disso, alguns indivíduos do sexo masculino nascem 46XX devido a uma translocação de uma pequena secção do cromossoma Y. De forma similar alguns indivíduos do sexo feminino nascem 46XY devido a mutações no cromossoma Y. Não existem, claramente, apenas mulheres que são XX e homens que são XY; pelo contrário, constata-se haver uma diversidade de combinações cromossómicas, perfis hormonais e variações fenotípicas que determinam o sexo dos indivíduos (...)*” (OMS, 2007).

As diferenças no plano endócrino e metabólico também geram, por si próprias, a satisfação de um conjunto de necessidades de saúde que são específicas de cada sexo e colocam desafios específicos, em termos de diferentes áreas da intervenção da Saúde. Por exemplo, no domínio da Farmacologia, cada vez é mais reconhecida a lacuna que tem existido – e que urge ultrapassar – quanto à adaptação a cada um dos sexos das terapêuticas farmacológicas que vão sendo utilizadas nos homens e nas mulheres, de forma quase indiscriminada.

A dissemelhança biológica entre os sexos condiciona diferenças na farmacodinâmica e na farmacocinética das drogas, quando ministradas nos cor-

pos masculinos e femininos, estando mais documentadas no que respeita ao segundo processo. A variabilidade evidenciada, pode ser tida em conta segundo diferentes parâmetros: biodisponibilidade, distribuição, metabolismo e eliminação. Assim, e uma vez que os corpos dos homens têm, em média, envergadura e peso superiores aos das mulheres, constata-se naquelas uma distribuição mais ampla dos volumes das drogas e uma mais rápida *clearance* da maior parte das mesmas; Por outro lado, uma mais significativa gordura corporal (até às idades mais avançadas) pode acentuar mais a distribuição das drogas lipofílicas nas mulheres. A absorção total parece não ser influenciada pelo sexo, embora a absorção possa ser ligeiramente mais lenta nas mulheres. O processo de filtração glomerular, secreção e reabsorção tubular parecem ser mais céleres nos homens. Além disso, nas mulheres, as alterações hormonais no decurso do ciclo menstrual, com impacte a nível renal, cardiovascular, hematológico e imunológico, poderão influenciar a absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos medicamentos (Ghandi, Aweeka, Greenblatt, 2004; Kashuba, Narfziger, 1998; Meibohm, Beierle, 2002; Schwartz 2003; Vaccarino et al., 1999).

Contudo, o papel relativo do sexo na farmacocinética, quando equacionado com a genética, idade, doença, hábitos sociais e as potenciais interações no contexto clínico, ainda não é completamente conhecido. Realce-se, desde já, que a investigação tem estado centrada, de forma largamente maioritária, em indivíduos do sexo masculino, embora as conclusões sejam generalizadas a ambos os sexos e a utilização dos fármacos sigam os standards desse modo produzidos (Jochmann, 2005).

No entanto, se o capital genético e o perfil hormonal característicos de cada um dos dois grupos tendem a ser constantes nas diferentes sociedades, já os padrões culturais que geram diferenças no plano dos valores, das normas e dos papéis atribuídos a homens e mulheres, mesmo que apresentem alguma diversidade, não deixam de ter em comum o mesmo pilar estruturante: o do estabelecimento de uma acentuada dicotomia entre os dois grupos, carregada de valores simbólicos e geradora de um gradiente de poderes entre ambos (Amâncio, 2002).

É a esta assimetria estabelecida, a esta construção social do *ser homem* e

## Em torno dos conceitos de ‘sexo’ e de ‘género’

do *ser mulher*, erigida sobre os traços das diferenças biológicas que se atribui o significado de género (Vlassoff & Moreno, 2002, citados por Women’s Health Council, 2007). Tal conceito merece uma interpretação mais aprofundada, dada a complexidade das suas diversas componentes.

Na tentativa de contribuir para a clarificação dos significados dos termos ‘sexo’ e ‘género’, sobretudo quanto à literatura científica, Kim e Nafziger (2000, p.1) recorrem a uma das perspectivas mais correntes: “(...) *as diferenças de sexo representam as diferenças entre homens e mulheres, as quais incluem o que difere dos pontos de vista genético, hormonal, reprodutivo e físico; as diferenças de género descrevem a variabilidade entre homens e mulheres que é atribuível às influências ambientais, como a sociedade, a cultura e a história*”<sup>5</sup>.

Opta-se, nesta definição, por uma óptica bi-polarizada entre os dois conceitos, assumindo que cada um diz respeito a diferentes dimensões de comparação entre homens e mulheres: uma de natureza biológica (supostamente invariável e imutável) e outra psicossocial (construída e contingente) (West & Zimmerman, 1987).

Esta concepção, no fundo, não faz mais do que encontrar novas formas de expressão linguística para reforçar a ideia de dualismo comportamental e psicológico intrínseco aos sexos, o que ameaça o desejo de desconstrução da verticalidade que separa as mulheres dos homens e, logo, as potencialidades do conceito de género (op.cit., p.36).

Ainda que cientes das limitações desta associação do sexo à dimensão biológica e do género à social - demasiado simplista e bastante questionável do ponto de vista conceptual e ideológico<sup>6</sup> - aceitá-la-emos como susten-

<sup>5</sup>Tradução e adaptação a partir do original em inglês.

<sup>6</sup>Para aprofundamento da discussão da visão dualista do sexo e do género, ver, por exemplo, Harrison, 2005; Delphy, 1984; Nye, 2005; Butler, 1990, 1993; Laquer, 1992; Connell, 1987

tação elementar deste trabalho. Clarifiquemos, pois, o alcance e as implicações que advêm do uso de um e de outro termo.

Pelo menos até ao início do Século XX, o género e a sexualidade assentavam numa base linear e directa entre o corpo e o sexo dos indivíduos: a categoria do ‘sexo’ disponibilizaria os elementos básicos para naturalizar e materializar, de modo indiscutível, a identidade social e a orientação do desejo (Garlick, 2003; Laqueur, 1992; Nye, 2005).

Terá sido o amplo desenvolvimento do saber científico acerca do papel das estruturas biológicas dos processos de sexuação humana (as hormonas, os cromossomas e os genes, por exemplo) que terá abalado radicalmente essa forma de pensamento. Como afirma Nye (2005, p.1937), “(...) *fragmentou-se o sexo completamente, dividindo o corpo sexual em sistemas com funções inter-relacionadas*”. Sobretudo durante a segunda metade do Século XX, a sobreposição entre sexo, género e sexualidade ganham o estatuto de categorias ontológicas e analíticas distintas e relativas.

Com o **conceito de género**, ter-se-á criado uma forma de questionar o primado da natureza no que respeita à explicação dos significados de homem e de mulher, assim como da justificação das desigualdades sociais existentes entre o sexos (Amâncio, 1993a, 1993b, 1994, 1995).

A partir destes desenvolvimentos de índole científica e conceptual, o sexo, como elemento antes considerado exacto e suficiente para descrever e definir as mulheres e os homens, foi dando lugar ao conceito de género. Em grande medida, mas não em exclusivo, é sob este enquadramento que os ‘estudos de género ou sobre o género’ ganham cada vez mais visibilidade e importância, particularmente, a partir das últimas décadas do Século XX (Amâncio, 1994, 2001, 2003c; Harrison, 2005; Nye, 2005).

Durante anos, os chamados estudos sobre o género centraram-se nos temas e nas situações particulares das mulheres e foram estas, como pensadoras e investigadoras, quem mais investiu na sua visibilidade e reconhecimento académico (Connell, Hearn, & Kimmel, 2005). Ao longo do tempo,

## Sexo, género e saúde

contudo, o questionamento do género trouxe consigo a problematização da posição social dos homens e, também, a ênfase na masculinidade (op.cit.).

Como exemplo desta gradual aproximação dos universos masculinos às questões de género, refira-se que, no decurso da recente Presidência Finlandesa da União Europeia, realizou-se uma conferência sobre *Men and Gender Equality – Towards Progressive Policies*, em que, para além de comunicações em diversos painéis temáticos, diferentes grupos de trabalho abordaram temas como o “Gender Mainstreaming nas Políticas de Saúde e nas práticas”, ou “Os Homens e a Reconciliação entre Trabalho e Vida Familiar” (Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006).

Afigura-se necessário que as estratégias a desenvolver para minorar as desigualdades de género na saúde não estejam centradas, por si só, na busca de uma eventual igualização, entre sexos, no que respeita aos resultados a obter quanto à melhoria dos indicadores de saúde. Não é possível encarar homens e mulheres do mesmo modo, de uma forma estrita, uma vez que existem necessidades específicas a cada um dos grupos e vivências diferentes (Women’s Health Association of Victoria, 2001).

Por outro lado, nem sexo nem género podem ser interpretados como variáveis ou condicionantes da saúde independentes uma da outra. Sexo e género interagem e os resultados dessa complexa e subtil interacção são contingentes e variam de contexto para contexto (Fausto-Sterling, 1999). Ademais, a própria interpretação da natureza é função do momento histórico e social em que ocorre. Conforme afirma Anne Fausto-Sterling (2002), “ler a natureza é um acto sócio-cultural”.

Na literatura científica e na investigação, o uso dos termos ‘sexo’ ou ‘género’ corresponde, com frequência, apenas a uma opção dos autores, como se essas palavras fossem inter-mutáveis e sinónimas. O uso da palavra ‘género’, por seu lado, pode ter-se imposto na comunidade cientí-

fica pela procura de adesão a uma modernização semântica, politicamente mais aceitável, mas sem uma verdadeira noção das consequências conceptuais e epistemológicas que estão subjacentes a tal opção (Kim & Nafziger, 2000, p.1). Pela sua natureza multifacetada, os termos género e sexo são muitas vezes utilizados como sinónimos e pensados como duas entidades que covariam entre si, inevitavelmente (Davidson et al., 2006, p. 731).

A própria OMS dá relevo a este facto, ao afirmar que “(...) *estes termos [sexo e género] são frequentemente, e de forma errada, usados indiscriminadamente na literatura científica, nas políticas de saúde e na legislação (...)*” (OMS, 2007).

Uma das consequências imediatas da confusão entre os dois termos identifica-se na análise das publicações: muitas vezes, as diferenças encontradas são relacionadas com o género, mas são tratadas como se derivassem do sexo, e vice-versa (op.cit., p.2). Tal situação levará facilmente a más interpretações de resultados e, logo, a conclusões desfasadas da natureza dos fenómenos.

As autoras exemplificam este equívoco básico da seguinte forma: se as diferenças de sexo forem erradamente atribuídas ao género – como dizer que as mulheres têm um risco maior face a determinada doença, devido às diferenças de género -, a atenção focalizar-se-á nas respostas comportamentais. Nesse caso, as possíveis causas fisiológicas que sustentam essa ‘observação’ podem ser menosprezadas, pondo em causa a possibilidade de agir sobre o problema em estudo (op.cit., p.2).

O mesmo se passará na situação inversa, quando se atribui ao sexo a razão de uma doença, canalizando-se o investimento de recursos tendo por base uma causalidade indeterminada ou mal delimitada, e não actuando, assim, sobre a multiplicidade de factores interligados.

Neste domínio, afigura-se interessante, por exemplo, reflectir sobre o fenómeno da dor. A literatura médica dá conta de que existem diferenças biofi-

siológicas entre sexos, com o feminino a apresentar um limiar de sensibilidade e tolerância à dor mais baixos do que o masculino; além disso, as mulheres referem dor mais frequentemente, de maior duração e maior severidade (Rhudy e Williams, (2005). Por outro lado, parece haver, também, evidência científica (médica) de que as mulheres serão mais inadequadamente tratadas do que os homens, os efeitos de alguns analgésicos variam com o sexo e os efeitos adversos parecem ser mais frequentes nas mulheres (Pinn, 2003). No entanto, os discursos das ciências sociais (e algumas vozes nas próprias ciências médicas) reconhecem a complexidade que envolve vivência do fenómeno pelos indivíduos, demasiado grande para ser explicada e apaziguada a partir de uma medição. Conforme afirma David Le Breton “(...) o corpo encarna um simbolismo antes de representar uma biologia e, mesmo quando é visto sob este ângulo pelo profano, não deixa de ser simbólico (...)” (Le Breton, 1995, 2007, pag. 47). As idiosincrasias e condições pessoais não são suficientes para justificar a variabilidade de respostas a um mesmo estímulo doloroso. Anatomia, fisio(pato)logia e psicologia são insuficientes para explicar as variantes sócio-culturais, conjunturais, de sexo e pessoais da vivência de um determinado processo doloroso. Acresce ainda que, em múltiplas situações, a dor não é objectivável através de procedimentos tecnológicos. Ainda nas palavras de Le Breton, “(...) A dimensão ambígua mas simbólica da dor alimenta os sintomas ou as queixas sem que nada indique que a carne fique alterada (...) O sofrimento está lá, pesa sobre a existência, sem que nenhuma lesão orgânica seja detectada com os utensílios sofisticados da medicina moderna (...)” (op.cit, pag. 48). Em suma, para além das constatações sobre as diferenças de sexo em matéria de dor, não pode deixar de ser tido na devida conta o envolvimento simbólico que as ideologias de género atribuem à vivência da mesma (Hamberg, Risberg, Johansson, Westman, 2002).

Afigura-se, assim, indispensável que os conceitos de sexo e género sejam empregues com propriedade e mediante reflexão prévia. Ainda que, empiricamente, se observe que o género é um dos factores sociais directamente implicados nas desigualdades em saúde, tem sido lento o enquadramento teórico e político dessa perspectiva (Sen et al., 2002). Em grande medida, defendem esses autores, a resistência deve-se à forte

tendência para associar ou fundir o género com as diferenças biológicas entre os sexos (op.cit., p.2).

Kim e Nafziger (2000, p.3) defendem que os investigadores, nomeadamente do domínio da clínica e da farmacologia, devem ser precisos no uso que fazem dos conceitos e ser, inclusivamente, vigilantes quanto às conotações negativas que, segundo elas, se tem vindo a atribuir ao termo ‘sexo’. Para as autoras, “(...) se a expressão ‘diferenças entre sexos’ é a forma correcta de referir as diferenças observadas entre homens e mulheres, esta tem de ser usada”, pois de outra forma corre-se o risco de se chegar a conclusões inferiores ou mesmo incorrectas (op.cit., p.3).

### Efeitos de sexo e género na saúde - a linguagem dos números

Algumas das características biológicas que distinguem os dois sexos poderão, só por si, determinar e explicar as diferenças bastante nítidas nos padrões de saúde e de doença experienciados em cada um deles (Doyal, 2004, p.162). Por isso, nos últimos anos, vários autores têm chamado a atenção para o facto da dissemelhança entre os padrões de mortalidade e de morbilidade entre os sexos também resultar da influência de factores biológicos, para além do que é o óbvio em situações como, por exemplo, cancro do colo do útero e cancro da próstata (Doyal, 2001, p. 1061). Não deve, pois, excluir-se o que distingue os sexos, a nível genético, hormonal e metabólico (Bedinghaus, Leshan, & Diehr, 2001; Doyal, 2001).

Tal afirmação, todavia, não exclui o reconhecimento de que as diferenças entre os sexos ultrapassam esses domínios (Doyal, 2001). De facto, as diferenças dos sistemas reprodutores masculinos e femininos foram sempre importantes na prestação dos cuidados de saúde, mas, nas últimas décadas, tem vindo a ser reconhecida a necessidade de olhar para outros factores e situações.

Vários exemplos dão conta das diferenças entre os sexos na incidência, na sintomatologia e nos prognósticos de outros problemas de saúde, como sejam, o VIH/SIDA, as doenças infecciosas tropicais, a tuberculose, doenças

**Quadro 1.** Óbitos por todas as causas segundo o sexo e o grupo etário

	Sexo masculino	Sexo feminino	TOTAL
<15	453	323	776
15-24	567	196	763
25-34	1221	413	1634
35-44	2151	801	2952
45-54	3690	1605	5295
55-64	5821	2922	8743
65-74	12127	7606	19733
>75	27440	35035	62475
<b>TOTAL</b>	<b>53470</b>	<b>48901</b>	<b>102371</b>

Risco de Morrer em Portugal, 2004

**Quadro 2.** Taxas de mortalidade por todas as causas segundo o sexo e o grupo etário

	Sexo masculino	Sexo feminino	TOTAL
<1	451,6	325,7	390,5
01-04	37,5	26,5	32,2
05-14	20,2	17,4	18,9
15-24	82,9	29,7	56,8
25-34	148,2	50,7	99,7
35-44	281,1	102,1	190,5
45-54	546,8	225,5	381,9
55-64	1068,8	475,6	754,4
65-74	2677,8	1354,2	1945
>75	9465,9	7430	8205,1

Risco de Morrer em Portugal, 2004

auto-imunes e doença coronária (Doyal, 2001, p. 1061).

As originalidades de cada sexo não são imunes à construção social da diferença, as quais, porque presentes no quotidiano e na organização social, afectam directamente a saúde dos indivíduos (Bedinghaus et al., 2001; Doyal, 2001, 2003). Como exemplo, podem referir-se as actividades, as condições de trabalho, a natureza distinta dos papéis socio-sexuais, as quais acarretam diferentes graus e tipos de risco para a saúde e suscitam padrões de mortalidade e de mortalidade distintos (Doyal, 2004).

A complexidade destas interacções está sempre presente quando se procura um melhor entendimento sobre os indicadores de saúde apresentados por homens e mulheres. Sob o ponto de vista da duração do ciclo de vida e das causas de morte em homens e mulheres, o estudo diferencial entre sexos permite realçar diferenças acentuadas entre os dois grupos.

É de realçar aqui que, na investigação, não existem *standards* que permitam medir o efeito do género na saúde de cada um de nós; não se trata, portanto, de um agente etiológico de uma doença, nem pode ser incluído em qualquer tentativa de estabelecer um diagnóstico diferencial entre patologias (Philips, 2005). Do ponto de vista estatístico, trata-se de um conceito abstracto, sendo por isso uma variável *latente*, cujos efeitos são interpretáveis através da análise dos elementos que a estruturam. Quanto ao sexo, constituindo uma variável *observada*, a leitura dos seus efeitos é, no momento presente, inevitavelmente feita de uma forma dicotómica.

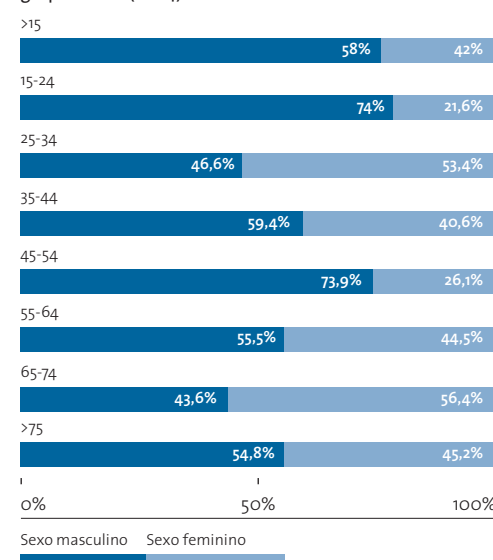
Detenhamo-nos, então, naquilo que a epidemiologia nos mostra.

São concebidos mais embriões do sexo masculino do que do feminino (numa proporção calculada de 120/100). Contudo, por haver maior vulnerabilidade dos embriões masculinos, a morte in *útero* é mais frequente em fetos deste sexo. Ainda assim, a sobrenatalidade nos rapazes expressa-se numa proporção de 105/100. Ao longo do ciclo de vida, persistem taxas de mortalidade mais elevadas nos homens, nas várias regiões do planeta (WHO, 2007) e quaisquer que sejam os grupos etários considerados (White, Cash, 2003).

**Quadro 3.** Diferença percentual da mortalidade por sexo segundo o grupo etário

	DIF. H/M	% DIF. H/M
<15	130	16,75%
15-24	371	48,62%
25-34	808	49,45%
35-44	1350	45,73%
45-54	2085	39,38%
55-64	2899	33,16%
65-74	4521	22,91%
>75	-7595	-12,16%
<b>TOTAL</b>	<b>4569</b>	<b>4,46%</b>

Risco de Morrer em Portugal, 2004

**Gráfico 1.** Mortalidade proporcional por sexo segundo o grupo etário (2004)

De acordo com a OMS, as taxas de mortalidade nos adultos (15-60 anos) em ambos os sexos, na globalidade dos países, em 2002 foi, de 233/1000 habitantes no caso dos homens e de 164/1000 no caso das mulheres, com valores extremos na Região África (480/1000 habitantes no sexo masculino e 438/1000 no sexo feminino) e na Região Pacífico Oeste (157/1000 no sexo masculino e 96/1000 no sexo feminino). A sobremortalidade masculina, persistente em todas as regiões, foi, em valor médio, 1,42 vezes superior à feminina, com valores limites situados em África (1,09 x) e na Europa (2,33 x) (OMS, 2007).

No que respeita, ainda, à sobremortalidade nos homens, esta adquire ainda uma expressão mais clara quando se considera uma faixa etária mais estreita. Num estudo que incidiu sobre 44 países, White e Holmes (2006) constataram o peso muito elevado das mortes prematuras (na faixa etária 15-44 anos) num número assinalável deles, quer na população masculina, quer na feminina. Porém, verificou-se que em valor médio, esse peso, em relação ao total de óbitos, era quase o dobro nos homens, quando comparados com as mulheres (no primeiro caso, 7,4% e, no segundo, 3,1% das mortes).

Em Portugal, e de acordo com a publicação “Risco de Morrer em Portugal – 2004” (DGS, 2006), a sobremortalidade masculina foi regra para todos os grupos etários – ainda que, no limite superior do ciclo de vida, se tenha constatado, em valor absoluto, maior número de óbitos nas mulheres. (Quadro 1,2,3)

A análise da diferença proporcional dos óbitos nos homens e nas mulheres mostra que, no total, a sobremortalidade masculina foi de 4,5%, sendo esta diferença proporcionalmente mais evidente na faixa etária 15-54 anos. Alguns constrangimentos de carácter biológico ligados ao sexo apontam para que haja uma vulnerabilidade acrescida nos homens face a algumas patologias, ou ao surgimento destas em idades mais jovens.

Porém, há que realçar o facto daqueles se encontrarem mais expostos a determinados riscos, em alguns contextos de vida (e exporem-se volun-



tariamente a outros com vista a construir e demonstrar a sua ‘masculinidade’), cujas repercussões negativas originam acentuadas perdas na saúde e na longevidade. Tal facto ganha visibilidade particular quando se analisa, por exemplo, a mortalidade por causas externas (violentas). É nestes territórios que, em larga medida, se expressa melhor o impacto do género na saúde (mas não só!). Contudo, conforme adiante se verificará, quando se aborda a mortalidade por causas naturais, onde, numa leitura simplista, poderiam ser considerados apenas factores ligados ao sexo dos indivíduos, não deixa de ser igualmente importante equacionar o género, e as interacções que se estabelecem com o sexo, nas análises efectuadas.

## Principais causas de morte, em ambos os sexos

De acordo com a OMS, na população europeia, ainda que evidenciando assinaláveis disparidades geográficas, as doenças cardiovasculares são responsáveis, no global, por cerca de 55% e de 43% dos óbitos verificados, respectivamente, nas mulheres e nos homens; de entre estas, a doença coronária constitui a principal causa de morte, quer no sexo feminino (23%), quer no masculino (21%) (WHO, 2004).

No que respeita aos tumores, este grupo de causas é responsável por cerca de 17 e 21% dos óbitos verificados, respectivamente, nas mulheres e nos homens, embora com disparidades quanto ao tipo de tumores em causa (WHO, 2004).

A análise descritiva das taxas de mortalidade em Portugal, em 2004, põe em evidência as *doenças cerebrovasculares* e os *tumores* como principais causas de morte, logo seguidas das *doenças isquémicas do coração*, das *doenças do aparelho respiratório* e dos *sintomas e sinais não classificados em outra parte*.

É nas causas de morte violentas (que incluem os *acidentes de trânsito com veículos a motor* e as *lesões autoprovocadas intencionalmente*) que a sobremortalidade masculina é mais evidente (56,7 e 50,7%, respectivamente). A análise comparativa entre grupos de causas de morte torna evidente que

é nas causas violentas, designadamente *acidentes de trânsito com veículos a motor* e *lesões autoprovocadas intencionalmente* que a diferença percentual entre homens e mulheres é mais acentuada (78,4 e 75,4% de óbitos do sexo masculino por estes grupos de causas, respectivamente).

Tal padrão havia já sido constatado a propósito da mortalidade em idades jovens. No decénio de 1992-2001, quanto a óbitos por *acidentes de transporte* nos grupos etários 15-19 e 20-24 anos, foram observados nos homens valores superiores em 80% aos verificados nas mulheres (Laranjeira & Prazeres, 2005).

No que às causas naturais diz respeito, há que salientar a diferença percentual observada na mortalidade devida a *doença crónica do fígado e cirrose* entre homens e mulheres – em 2004, o número de óbitos do sexo masculino ultrapassou em 48% o do sexo feminino. Também na casuística da mortalidade por *doenças infecciosas e parasitárias* foi observada uma sobremortalidade masculina da ordem de 33%. A este propósito, e não obstante ponderar-se o impacto dos aspectos biofisiológicos na condição de saúde dos indivíduos, em particular o peso que estes factores adquirem na expressão destas diferenças, há que sublinhar que a evidência científica aponta para que sejam padrões comportamentais e estilos de vida específicos que mais contribuem para as casuísticas observadas; saliente-se aqui a relevância do consumo de álcool e dos comportamentos sexuais desprotegidos.

É de realçar ainda, ser nas idades mais jovens que a sobremortalidade masculina, por estas causas, se afigura mais acentuada – por exemplo, quanto a *doenças infecciosas e parasitárias*, na faixa etária dos 25 aos 54 anos, as diferenças percentuais variaram entre 54 e 69%.

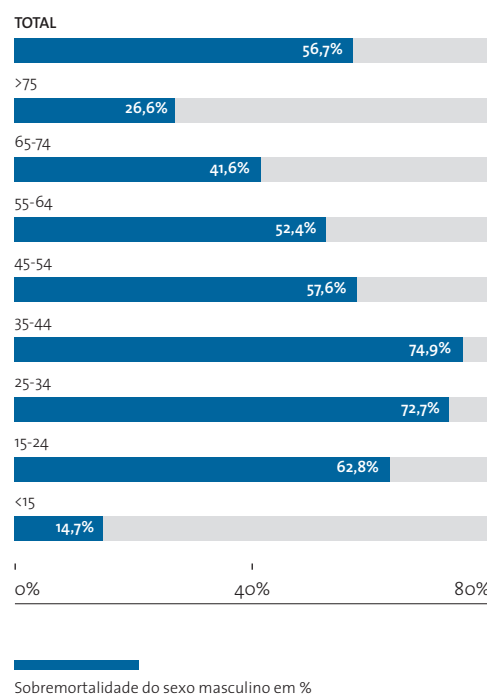
Assim, as diferenças expressas nas casuísticas da mortalidade traduzem-se, necessariamente numa esperança média de vida no sexo feminino superior à que se verifica no masculino. Por exemplo, em 2005, em Portugal, a esperança de vida à nascença foi de 81,4 anos, no sexo feminino, ao passo que no masculino não ultrapassou os 74,9 anos (INE, 2007). Trata-se de uma constatação universal, à excepção de um pequeno número de países asiáticos. Contudo, a sobrevida nas mulheres não significa, necessariamente, que estas vivam com ‘mais saúde’ do que os homens.

**Gráfico 2. Mortalidade proporcional por sexo segundo grupos de causas de morte (2004)**



## Causas externas

**Gráfico 3.** Diferença proporcional dos óbitos entre sexos por acidentes de trânsito com veículos a motor, segundo o grupo etário (2004)



Na Europa, a mortalidade por ‘causas externas’ é sempre superior nos homens (excepto acima dos 75 anos). No que respeita a *acidentes de trânsito*, é persistentemente mais elevada nos homens até aos 75 anos, idade a partir da qual as taxas se igualizam. Quanto às mortes por suicídio, as taxas apresentam-se, sempre, mais elevadas nos homens (White & Cash, 2003).

Em Portugal, em 2004, as causas externas representaram 5,3% do total de óbitos ocorridos. É sabido que o peso que o conjunto das causas violentas adquire na mortalidade varia em função da idade, sendo na população activa que tal se torna mais significativo; na faixa etária dos 25 aos 54 anos as causas violentas representaram 20,9% da mortalidade. Para além das dissemelhanças observadas entre grupos etários, há que assinalar, também, as diferenças observadas entre sexos: 12,4%, dos óbitos do sexo feminino com idade entre 25 e 54 anos foram devidos a causas externas, ao passo que no sexo masculino esse valor foi de 24,3%. É também sabido que são os acidentes de trânsito com veículos a motor que mais contribuem para o peso das causas violentas na mortalidade.

A sobremortalidade masculina é observada de forma mais acentuada a partir do grupo etário 15- 24 anos, onde a diferença proporcional dos óbitos entre sexos é de 63%, acentuando-se nos grupos etários 25-34 e 35-44 anos (com diferenças percentuais de 73 e 75%, respectivamente).

Atente-se, agora, de forma mais detalhada, em algumas causas de morte que adquirem relevo particular no contexto da saúde, quer dos homens quer das mulheres, não, apenas, devido à magnitude do problema, mas, também, pelos contornos da resposta por parte da Saúde, num caso e no outro.

## Doenças cardiovasculares

Conforme salientado antes, na maioria dos países, as doenças cardiovasculares (CVD) representam a principal causa de morte, tanto nos homens (43% do total de óbitos) como, principalmente, nas mulheres (55%) (WHO, 2007), embora só recentemente tenha sido reconhecida a magnitude do problema no que respeita ao sexo feminino (Pinn, 2003).

De acordo com White & Keith, (2003) esta causa de morte só atinge maior expressão nas mulheres do que nos homens a partir dos 75 anos. Aliás, as mulheres apresentam uma média de idades superior em 10 anos aos homens, na altura em que desenvolvem CVD (Philips, 2005; WHO, 2004).

Em Portugal, quanto a doenças cerebrovasculares, a taxa de mortalidade foi globalmente superior no sexo feminino (174,6/100.000 habitantes nas mulheres e 144,2 nos homens); a diferença proporcional do número de óbitos por este tipo de causa foi de 13%. Contudo, quando considerada a mortalidade por grupos etários, as taxas observadas no sexo masculino foram superiores em todas as idades (DGS, 2006).

No que se refere às taxas de mortalidade por doença isquémica, observaram-se, em 2004, valores de 96/100.000 habitantes, nos homens, e de 74,1 nas mulheres. Em termos percentuais, a sobremortalidade nos homens foi da ordem dos 10%. Quando desagregada por idades, a diferença proporcional observada na casuística por este tipo de causa foi superior no grupo etário 35-44 anos, no valor de 70,3%. Nos grupos etários 25-34 e 45-54 anos, a sobremortalidade masculina expressou-se, em termos da diferença proporcional, com valores da ordem dos 63 e 68,1%, respectivamente. Nas idades subsequentes, observou-se uma redução da diferença percentual para 56,8% nos 55-64 anos e para 29,6% nos 65-74 anos, invertendo-se o sentido da diferença nos 75 e mais anos, passando o número de óbitos do sexo feminino a ser superior em 11% (DGS, 2006).

A identificação e o melhor controlo dos factores de risco têm contribuído para a redução verificada na mortalidade por CVD, tanto nos homens como nas mulheres. Contudo, os perfis comportamentais, sustentados, em larga medida, pelas assimetrias de género, mesmo que em assinalável mudança

em algumas comunidades, continuam a manter padrões de exposição e de gestão dos riscos que diferem, em muitos contextos, entre homens e mulheres (Stramba-Badiale et al., 2006; Amâncio, 2004).

Para vários autores, a *décalage* verificada na idade de ocorrência dos problemas cardiovasculares é devida aos perfis hormonais nas mulheres, nomeadamente, a presença, protectora, mais marcante dos estrogénios (Philips, 2005), em particular, antes da menopausa, cujo declínio nas idades subsequentes fará aumentar a vulnerabilidade. Contudo, pese embora a magnitude deste problema de saúde no sexo feminino, o risco de ocorrência de CVD, nomeadamente de doença isquémica, é frequentemente subestimado.

Tal pode ser devido, em certa medida, ao facto de que, nas mulheres, os sintomas e sinais associados a este tipo de patologia (e a própria evolução clínica) podem não ser os mesmos que, mais comumente, são encontrados nos homens (2005), fazendo com que este problema de saúde acabe por ser sub-diagnosticado naquelas. A tal não será alheio, também, um outro factor, entendível segundo uma perspectiva de género. Conforme é salientado noutro ponto do texto, um viés de observação, causado pela adopção de uma perspectiva masculina nos ‘hábitos de pensamento’ (também médico), cria uma ‘norma masculina’, consubstanciada na tendência para usar o homem como standard, mesmo no estudo sobre as doenças que afectam ambos os sexos (Pinn, 2003).

Tal viés repercute-se, também, no acesso aos cuidados, no emprego dos recursos de diagnóstico e nos processos terapêuticos. Karin Schenck-Gustafsson (2006) refere existir evidência de que, na Suécia, em situação de enfarte de miocárdio, nas mulheres, em média, a demora entre o início da sintomatologia e a chegada ao hospital é superior em uma hora do que no caso dos homens, têm menor prioridade na espera por ambulância, e têm que esperar mais vinte minutos para serem observadas no hospital (Schenck-Gustafsson, 2006).

A este propósito, atente-se, por exemplo, num estudo recentemente de-

envolvido na Escola Nacional de Saúde Pública, acerca da importância do género na saúde e nos cuidados de saúde. Analisando a distribuição, por sexo, da aplicação dos recursos tecnológicos na resposta às doenças cardiovasculares, os investigadores constataram haver, por parte das mulheres, um acesso deficitário em relação aos homens no que respeita ao uso de cateterismos e cirurgias de *bypass*; verificaram, também, existir uma representação médica sobre este tipo de patologia como sendo uma ‘doença dos homens’ e de recuperação mais difícil nas mulheres após a aplicação de tratamentos invasivos; além disso, colocaram em evidência as discrepâncias existentes entre sexos quanto ao tempo de espera para cirurgias electivas, contado entre o momento da referência do caso e o internamento com tal fim (Fernandes, Perelman & Mateus, 2007).

## Diabetes

Na primeira metade do século XX, a Diabetes Tipo II apresentava uma prevalência muito superior nas mulheres. Contudo, no presente, essa diferença esbateu-se, não parecendo haver uma preponderância assinalável em algum dos sexos (Gale, Gillespie, 2001). Por outro lado, nos países europeus, a mortalidade por diabetes é consistentemente superior nos homens na maior parte dos casos, com algumas excepções, como no caso de Portugal (White & Cash, 2003).

De facto, no nosso País, a casuística da mortalidade devida a *diabetes mellitus* apresentou em 2004 uma sobremortalidade feminina na ordem dos 14%. Tal fenómeno expressou-se também na taxa de mortalidade que, no caso das mulheres, foi de 47,2/100.000 habitantes, ao passo que nos homens o valor foi de 38,0.

O sentido da diferença percentual, entre sexos, do número de óbitos ocorridos variou consoante os grupos etários: apesar de constatar-se, globalmente, uma sobremortalidade feminina (mais acentuada acima dos 75 anos, com uma diferença proporcional de 24%), nos grupos etários 35-44 anos e 45-54 anos o número de óbitos do sexo masculino foi superior ao do sexo feminino, na ordem dos 21 e 26%, respectivamente.

Independentemente dos valores observados num determinado momento, importa realçar o padrão de evolução dos resultados, num sexo e no outro.

Assim, não pode deixar de ser realçado que os padrões de evolução positivos verificados no que respeita à mortalidade masculina por esta doença podem não encontrar semelhança com o que se passa no sexo feminino. Num estudo publicado em Agosto de 2007, dá-se conta do facto de que, no que respeita à população dos EUA, a mortalidade nos homens diabéticos ter decrescido, nos últimos 25 anos, cerca de 43%, em valor semelhante ao verificado nos homens não diabéticos. Contudo, no mesmo período de tempo, na população das mulheres diabéticas a mortalidade não diminuiu, e a diferença entre as taxas de mortalidade nas mulheres diabéticas e nas não diabéticas duplicou.

De acordo com a literatura, o risco de ocorrência de doença coronária associada a diabetes é 50% mais elevada nas mulheres que nos homens. Esta diferença pode ser explicada pela existência de perfis de risco coronário mais adversos no sexo feminino, combinados com as possíveis disparidades no tipo de terapêuticas e na efectividade das mesmas, favorecendo os homens (Huxley, Barzi & Woodward, 2006; Gregg, Gu, Cheng, Narayan & Cowe, 2007).

Assim, diversos mecanismos podem explicar porque a diabetes parece ter efeitos mais adversos no sexo feminino do que no sexo masculino, em particular no domínio das complicações do foro cardiovascular. Por exemplo, as mulheres com diabetes, não apenas apresentam níveis tensionais e lipídicos mais elevados que os homens com diabetes, mas também as diferenças entre elas e as não portadoras de diabetes são significativamente maiores que no caso dos homens. Para além do peso acrescido destes factores de risco no caso do sexo feminino, há que realçar igualmente o facto de estar documentado um menor índice de aplicação, nas mulheres, dos recursos médicos terapêuticos e das técnicas instrumentais disponíveis (Huxley, Barzi & Woodward, 2006; Gregg, Gu, Cheng, Narayan & Cowe, 2007) conforme salientado anteriormente (Fernandes, Perelman & Mateus, 2007).

Trata-se, há que reconhecê-lo, de um exemplo característico das interacções imbricadas entre sexo e género, o qual deverá merecer, cada vez mais, estudo e intervenção mais apurados.

Na expressão das diferenças observadas entre homens e mulheres, a casuística sobre *tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão* constitui mais um exemplo de mortalidade por causas naturais onde é reconhecido o impacte dos padrões comportamentais, com os hábitos tabágicos a adquirirem particular relevo.

É de assinalar, contudo, que nos países desenvolvidos, em termos globais, é notada uma tendência decrescente de consumo, ao contrário do que se verifica nos países em desenvolvimento (Nunes, 2007). No entanto, nas mulheres, a incidência do cancro do pulmão tem vindo a registar um acréscimo significativo, a par do aumento do consumo de tabaco (Nunes, 2006).

Em Portugal, subsistem assinaláveis assimetrias entre sexos, tendo-se verificado, em 2004, uma taxa de mortalidade de 49,2/100.000 habitantes no sexo masculino e de 10,8 no sexo feminino.

Em termos globais, a diferença percentual observada entre homens e mulheres foi de 62,2%; face aos dados desagregados por grupos etários, constatou-se ser no grupo 35-44 anos que a expressão desta dissemelhança se tornou mais evidente (71,3%), seguido dos 55-64 anos (69,5%) e dos 45-54 anos (66,4%).

À semelhança do observado quanto a *tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão*, também na casuística de *tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu* o número de óbitos do sexo masculino ultrapassou o dos óbitos do sexo feminino em 17,5%.

### **Tumores Malignos da Traqueia, Brônquios e Pulmão**

### **Tumores Malignos do Aparelho Digestivo e Peritoneu**

A sobremortalidade masculina foi igualmente evidente nas taxas de mortalidade por este tipo de causa, com valores de 99,1/100.000 habitantes nos homens e de 65,2 nas mulheres. Também neste domínio há aspectos de ordem social e comportamental, designadamente factores de stress, hábitos alimentares e outros, sustentados por normas sociais e práticas culturais, que influem quer na expressão da sobremortalidade masculina, quer na acentuação desta disparidade entre sexos em determinadas idades; por exemplo, no grupo etário dos 45 aos 54 anos, o número de óbitos do sexo masculino ultrapassou o dos óbitos do sexo feminino em 40,5%, logo seguido do grupo 55-64 anos, onde a diferença foi da ordem dos 36%.

### Lesões Autoprovocadas Intencionalmente

Nos países europeus, têm-se verificado taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas nos homens, em particular acima dos 65 anos, com o diferencial entre sexos a adquirir maior expressão em Portugal (White & Cash, 2003).

De acordo com o *Risco de Morrer em Portugal 2004*, as *lesões autoprovocadas intencionalmente* apresentaram uma taxa de 11,5/100.000 habitantes; valor que no sexo masculino foi de 17,9/100.000 habitantes, ao passo que no sexo feminino foi de 5,5.

Em termos comparativos, as causas de mortalidade onde a diferença proporcional entre óbitos no sexo masculino e no sexo feminino se mostrou mais evidente foram os *acidentes de trânsito com veículos a motor*, seguidos das *lesões autoprovocadas intencionalmente*. Foi no grupo etário dos 15 aos 25 anos que se observou a sobremortalidade masculina mais acentuada (da ordem dos 60%).

### Género e políticas de saúde

Enquanto *ideologia* que ‘formata’ a vida dos indivíduos de ambos os sexos, o género adquire um carácter global, constituindo uma verdadeira ordem quase universal, posto que os pilares em que assenta têm estrutura constante: diferença entre homens e mulheres, constituindo o sexo masculino

a norma e detendo, em termos globais, mais poder, simbólico e factual. É a este fenómeno que Connell (2002) se refere ao mencionar a existência de uma ‘ordem de género’.

Porém, nas diferentes instituições formais e informais que enquadram e regem o ciclo de vida de homens e mulheres – e que sustentam, organizam e estratificam as vivências sociais – desenvolvem-se formas particulares de expressão dessa ordem de género, constituindo-se, de modo mais ou menos voluntário, ‘regimes de género’ (Connell, 2002) que, permanecendo estáveis na estrutura básica, vão sofrendo modificações na forma, à medida que as transformações sociais se operam. É desse modo que o entendimento e o controlo da vida pública e privada de homens e mulheres se estabelecem nas famílias, nas comunidades religiosas, na comunicação social, na organização do Estado e dos vários sectores de intervenção.

Assim, os fundamentos e os processos decorrentes da actividade da Saúde, enquanto sector organizado da vida pública, são *genderizados*. Nela, as mulheres e os homens, quer como objecto de estudo e planeamento, quer como destinatários da acção, são encarados sob o filtro do género, de forma mais ou menos voluntária, com implicações ainda pouco percebidas nos resultados dessa intervenção.

### O sector da saúde como estrutura genderizada

Para entender como a área da saúde é, no fundo, uma ‘estrutura organizacional genderizada’ (Doyal, 2002)<sup>7</sup>, é preciso identificar como esse sector incorpora as raízes do género nas suas medidas e modos de organização das políticas e serviços de saúde (Gideon, 2006). Em termos globais, os efeitos do género mantêm-se no sector da saúde, porque as normas e *vieses* continuam presentes nas tomadas de decisão, tanto nas organizações públicas como privadas, mesmo contrariando algumas iniciativas sociais que

<sup>7</sup> Para aprofundar o conceito de estrutura organizacional genderizada, ver, por exemplo, os trabalhos de Joan Acker (1990, 1998, 2006) e, quanto à medicina em particular, de Elianne Riska (1993, 2003), António M. Marques e Lígia Amâncio (2004).

procuram ser sensíveis à igualdade de género (Gideon, 2006, p.330). Em Portugal, o III Plano para a Igualdade – Cidadania e Género, 2007-2010 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2007), dá conta deste tipo de iniquidades e aponta medidas para lhes dar resposta.

Várias pesquisas têm identificado os efeitos (*vieses*) do género no campo da saúde, nomeadamente nas práticas quotidianas, na formação, na investigação, na literatura e nos manuais médicos (Alexanderson, Wingren, & Rosdahl, 1998; Bennett, 1993; Cotton, 1992; Marques, 2007; Risberg, Johansson, Westman, & Hamberg, 2003; Rosser, 1993; Wenger, Seeroff, & Packard, 1993). Não é raro que documentos científicos, técnicos e de orientação institucional acentuem estereótipos socialmente associados a cada um dos sexos (Alexanderson, 1999; Alexanderson et al., 1998; Marques, 2007). Referimos em seguida alguns exemplos ilustrativos.

A análise dos manuais de várias disciplinas médicas, como da dermatologia, epidemiologia, medicina ocupacional e saúde pública, Alexanderson e colegas (1998), seguindo o protocolo de investigação criado por Alexanderson (1999), ilustra como estes recursos pedagógicos e as práticas formativas dão corpo a ideologias genderizadas no domínio da saúde.

Da análise realizada pelos autores, salienta-se a tentativa de construir textos e difundir saberes pretensamente neutros no que se refere ao género. Assim, é frequente o uso de expressões como ‘indivíduos’, ‘sujeitos’, ‘trabalhadores’ e ‘pacientes’, sem precisar o sexo a que dizem respeito<sup>8</sup> (Alexanderson et al., 1998, p.154). No entanto, sublinham os investigadores, as mensagens deixem pressupor, muitas vezes, que implicitamente, é ao ser masculino que se referem (op.cit., p.154).

Essa é uma das observações mais patentes dos estudos desses investigadores, em vários dos manuais, ou seja, “(...) *o homem é, frequentemente, considerado como a norma à qual a mulher é comparada*” (op.cit., p.156). Um dos exemplos citados refere-se ao domínio da saúde comunitária e à

<sup>8</sup>O que, do ponto de vista linguístico, é facilitado, considerando que todos os manuais analisados usavam a língua inglesa.

análise dos padrões de consumo alcoólico, no qual se afirma que “*a mulher tem um padrão de consumo de bebidas diferente do homem*”, sendo mencionada explicitamente a sua ‘fragilidade’ enquanto grupo de risco (op.cit., p.155). Por outro lado, a especificidade do ser feminino é salientada, sobretudo, no domínio da reprodução, bem como em relação aos factores de risco associados à mortalidade infantil, no qual apenas se destaca o papel da mãe, mas não o do pai (op.cit., p.155).

É neste sentido que se pode afirmar que a própria linguagem da Medicina, e a filosofia que lhe subjaz, tendem a continuar a encarar o homem como a referência da normalidade e a mulher como o *outro* sexo (Phillips, 1997, 2005).

Tanto na literatura científica como no senso comum, a doença coronária foi considerada, durante décadas, uma ‘doença dos homens’, pelo que foi pouco estudada a susceptibilidade feminina e pouco exploradas as medidas e estratégias de prevenção específicas para as mulheres (Bedinghaus et al., 2001, p.1393). Contudo, e paradoxalmente, nos EUA, a taxa de mortalidade feminina devido a doença cardíaca é entre quatro a seis vezes superior à do cancro da mama (op.cit., p.1393).

A este propósito, ainda, salientem-se as considerações tecidas anteriormente, a propósito da mortalidade devida a diabetes, assinalando-se, uma vez mais, o estudo recentemente realizado em Portugal, (Fernandes, Perelman & Mateus, 2007), em que este tipo de viés foi amplamente documentado.

Contudo, os ditames do género também se expressam em sentido inverso, ou seja, tomando por norma o que se passa no sexo feminino, e, por excepção, as realidades constatadas no sexo masculino atente-se, por exemplo, no que se verifica em relação à osteoporose, patologia que parece ser encarada como ‘feminina’ facto habitualmente documentado e enfatizado mediante dados epidemiológicos e destacado em ligação íntima com a menopausa (National Institute of Health, 2006).

Nos homens, em geral, a perda rápida de massa óssea processa-se a partir

dos 65-70 anos, ao passo que nas mulheres tal se verifica a partir dos 50 anos, com a menopausa; as fracturas da anca, nos homens, ocorrem em idades mais avançadas, facto que talvez explique o maior risco de morte por complicações no sexo masculino (National Institute of Health, 2004).

Sem aprofundar aqui o assunto, refira-se que, curiosamente, a iconografia que surge na literatura sobre o tema, apresenta (ao contrário do que é habitual), modelos femininos a ilustrar os textos, de que é exemplo um importante relatório sobre o tema, o *Bone Health and Osteoporosis – A Report of the Surgeon General* (US Department of Health and Human Services, 2004).

Noutro âmbito, saliente-se que, provavelmente, o investimento público incisivo em campanhas de prevenção do cancro da mama, mais do que das doenças cardíacas na mulher, está na origem do maior receio destas em relação à doença oncológica mamária (op.cit., p.1393). Por outro lado, a difusão de informação sobre doenças cardiovasculares – muito dirigidas aos homens – terá feito decrescer a mortalidade e a prevalência dos factores de risco masculinos associados a elas, o mesmo não acontecendo nas mulheres (op.cit., p.1393).

Para além dos comportamentos individuais e dos factores que, directa e indirectamente, os influenciam, os autores revêem um conjunto de estudos que dão conta do sub-diagnóstico médico dos sinais de alerta de doença cardíaca nas mulheres, mesmo em situações agudas (Bedinghaus et al., 2001, p.1393-4). Em parte, esta condição é devida à especificidade dos sintomas apresentados pelas mulheres, os quais podem ser menos (re)conhecidos ou subvalorizados pelos profissionais (op.cit., p.1394).

Um dos aspectos que, neste trabalho, merece destaque é, justamente, a complexificação da análise e das propostas dos autores, os quais identificam os factores bio-psico-sociais associados à adopção das medidas preventivas por parte das mulheres. Sinteticamente, acentua-se a determinação dos contextos de vida, das posições sociais de classe, da etnia, do rendimento económico e das actividades quotidianas socialmente

atribuídas ao sexo feminino (aspectos que, em associação, produzem efeitos ao nível da mortalidade e morbilidade), bem como dos níveis de adesão às mensagens preventivas (Bedinghaus et al., 2001).

Algumas mensagens de promoção da saúde são outro excelente exemplo de como tem existido pouca reflexão acerca da dimensão social dos comportamentos em saúde, nomeadamente na área da educação alimentar e do aleitamento materno. Tanto num caso como noutro, a informação disponibilizada pelos profissionais e pelos serviços de saúde tende a não considerar as realidades concretas de vida das mulheres, as quais, frequentemente, contrariam o desejo de aderirem ao que é aconselhado (Gideon, 2006, p. 332). Do mesmo modo, como referido, não se tem investido, substantivamente, no envolvimento masculino na saúde reprodutiva, nem nos problemas de saúde física e mental resultantes dos comportamentos socialmente promovidos, nomeadamente quanto à violência, ao abuso de álcool e à sexualidade (op.cit., p. 333).

Relativamente aos problemas de saúde para os quais a perspectiva hegemónica tem dado mais atenção, constata-se, em termos globais, haver um padrão que se traduz num predomínio daqueles que mais afectam os homens, nomeadamente, as doenças crónicas, como seja a doença cardíaca e o cancro do pulmão (Inhorn & Whittle, 2001; Susser & Susser, 1996a), optando-se por uma óptica comparativa ao referirem a situação das mulheres, o que acentua a sua 'diferença' (Inhorn & Whittle, 2001; Whittle & Inhorn, 2001).

O recurso ao essencialismo biológico na representação das mulheres é visto por Inhorn e Whittle (2001, p.559) como uma das formas do '*viés anti-feminista*'. Esta caracteriza-se pela forte associação entre o sexo feminino e a função reprodutora e pela desvalorização das condições sociais que afectam negativamente as mulheres, incluindo as situações de discriminação (Inhorn & Whittle, 2001; Krieger & Fee, 1994; Krieger et al., 1993; Krieger & Zierler, 1995).

Como acentuam Krieger e Zierler (1995), é muito frequente que as mulheres, enquanto 'grupo de risco', sejam definidas de forma homogénea pelas

suas capacidades de engravidar, de parir e de cuidar adequadamente dos seus filhos, ignorando as realidades e diferenças das suas vidas, altamente marcadas pela genderização.

Outra das expressões do ‘viés *anti-feminista*’ referido por M. Inhorn e K. Whittle (2001, p.562), diz respeito à descontextualização e despolitização dos riscos de saúde das mulheres. Este viés é visível quando, em termos de perspectivas dominantes, se insiste na satisfação da ‘descoberta’ da relação entre o factor de risco e a patologia resultante, evitando questionar a razão de existência desses factores de risco, nomeadamente se estarão relacionados com aspectos económicos, políticos e sociais (op.cit., p.562). Ou seja, o que determina que algumas doenças específicas afectem mais incisivamente alguns indivíduos ou grupos e que alguns contextos ou momentos históricos produzam essa susceptibilidade acrescida não é objecto de questionamento (Inhorn, 1995; Inhorn & Whittle, 2001; Wing, 1994).

As mulheres são, como sublinhámos, encaradas como beneficiárias especiais do enfoque das políticas e serviços de saúde, mas a atenção que lhes é dada é dirigida para as suas necessidades enquanto mães<sup>9</sup> e os factores implicados nos efeitos de género na morbilidade são, tendencialmente, ignorados (Gideon, 2006, p. 331). No mesmo domínio, as necessidades dos homens são, por regra, pouco valorizadas e o seu papel na saúde reprodutiva não tem merecido grande investimento (op.cit., p. 331). Em Portugal, nas sucessivas realizações do Inquérito Nacional de Saúde os homens não têm sido questionados quanto à saúde reprodutiva, o que, quanto a nós, poderá sugerir que essa esfera da saúde é encarada como *dizendo respeito* apenas às mulheres.

A relação entre os comportamentos dos homens e os efeitos negativos em vários domínios da saúde tem sido descrita e analisada por inúmeros investigadores, mas nem sempre sob o olhar do género (Courtenay, 2000; Danielsson & Johansson, 2005; Doyal, 2001; Holland & Hill, 2007; Jadad & Meryn, 2005; Moynihan, 1998; Verbrugge, 1995; World Health Organization, 2002).

<sup>9</sup> Nomeadamente, sob a denominação de ‘saúde materno-infantil’.

Se, nas últimas décadas, as estatísticas sociais e de saúde apresentam, em separado, os dados relativos aos homens e às mulheres - mostrando, por exemplo, a clara existência de diferentes padrões de morbi-mortalidade - a questão mais pertinente raramente é expressa: ‘*porque há diferenças?*’ (Verbrugge, 1995, p. 156). Não adoptar uma postura interrogativa pode ser vista como uma forma de viés.

Com efeito, a insistência no ‘porquê’, quando se pretende entender determinado padrão de distribuição de uma patologia e os mecanismos da sua difusão, é um primado essencial de enriquecimento da visão epidemiológica e uma via para a transformação do sector da Saúde (Krieger et al., 1993, p.109). De forma muito directa e recorrendo a um discurso metafórico, sintetizam o seu pensamento da seguinte forma: “*Continuar, meramente, a catalogar os factores de risco como uma ‘rede amorfa’ de causalidade não será, de todo, suficiente. Se a nossa meta é mudar a teia, em vez de somente quebrar os seus fios, é tempo de localizar a aranha*” (op.cit., p.109)<sup>10</sup>.

Sublinham esses investigadores que, para adopção de políticas de prevenção efectivas, “(...) *é preciso focalizar os determinantes estruturais da saúde, e não apenas os factores classificados como ‘escolhas de estilo de vida’* (...)” (Krieger et al., 1993, p.109).

Desenvolver um novo olhar sobre estas questões constitui tarefa igualmente complexa. Exige, nomeadamente, entender melhor o impacto que o género tem tido no pensamento, nas interações e nas práticas dos profissionais de saúde. Impõe, ainda, uma percepção mais aprofundada acerca da forma como as próprias políticas do sector da Saúde (*genderizado*, como todos os sectores) reflectem, ou não, através de normativos e orientações técnicas, uma perspectiva crítica acerca das iniquidades em saúde, que subsistem entre homens e mulheres.

Nos dois capítulos seguintes dar-se-á conta de investigações feitas nesse sentido.

<sup>10</sup> Tradução livre a partir do original em inglês.



## CAPÍTULO II

### Representações dos profissionais de saúde

O impacto dos significados sociais e culturais do género no campo da saúde tem vindo a ganhar visibilidade através de um *corpus* de investigação produzida no contexto das ciências médicas.

Os resultados de vários estudos internacionais mostram como os efeitos do sexo do utente e do género podem traduzir um espectro diferenciador ao nível das estratégias clínicas adoptadas pelos profissionais - por exemplo: em termos de doenças cardiovasculares, os homens parecem ser sujeitos a investigações e intervenções mais intensivas, comparativamente às mulheres (Dong, Beh-Shlomo et al., 1998; Roger, Farkouh et al., 2000; Mark, 2000); por outro lado, é nas mulheres em quem mais se estabelece diagnósticos com sintomas não-especificados (Hamberg, Risberg et al., 2002).

A nível dos próprios profissionais de saúde, também existem resultados que apontam para variações em função do sexo - por exemplo: foram identificadas diferenças consistentes quanto ao estilo de comunicação adoptado por médicos e médicas (Roter & Hall, 2002).

Relativamente à formação académica, onde se inclui a escolha de especialidade, a genderização da profissão é visível em algumas áreas específicas. A representatividade dos homens nas especialidades cirúrgicas é muito superior à das mulheres (Gjerber, 2001; Goldacre, Davidson et al., 1999). No contexto nacional, no conjunto das especialidades cirúrgicas, 77% dos profissionais são homens, e esse número aumenta para 82%, se considerarmos apenas a cirurgia geral (INE, 2005). Este padrão é similar ao nível da cardiologia, onde a representação do sexo masculino é da ordem dos 78%. As especialidades com maior representatividade feminina dizem respeito a disciplinas relacionadas com a saúde da criança e da mulher (em pediatria - 60% de profissionais mulheres; em ginecologia-obstetrícia - 57%

de profissionais mulheres) ou com um maior índice de contacto com o utente (57% de mulheres na medicina geral e familiar).

Apesar dos resultados empíricos publicados ao longo da última década salientarem a importância das representações sociais de género nas percepções e práticas dos profissionais da saúde, esta temática parece estar ainda distante do contexto académico e profissional das ciências médicas.

Este projecto foi delineado e desenvolvido com o objectivo de explorar o contexto nacional dos profissionais de saúde, de modo a caracterizar as suas percepções e representações face às problemáticas relacionadas com sexo e género no desempenho efectivo das suas funções. Deseja-se contribuir para a elaboração de estratégias de intervenção e políticas de saúde que tomem em conta as especificidades do ser homem ou mulher, num domínio que está longe de ser neutro do ponto de vista do género.

Para concretizar estes objectivos foram conduzidos dois estudos diferenciados, um primeiro de carácter quantitativo, e um segundo qualitativo, com um enfoque circunscrito às representações de médicos e enfermeiros, em contexto hospitalar e em centros de saúde.

Este estudo focalizou as representações dos profissionais sobre o impacto dos significados de género no plano das práticas clínicas, da formação e das próprias relações e opções profissionais. A pesquisa foi quantitativa, através da técnica de questionário, tendo sido orientada para a caracterização geral das representações de médicos e enfermeiros, tendo em conta o grupo profissional, o sexo e o contexto de intervenção.

## Estudo 1

## Participantes

**Quadro 4.** Distribuição dos participantes pelos grupos profissionais da saúde considerados

Grupo Profissional	N	%
Médicos	125	51%
Enfermeiros	120	49%
<b>Total</b>	<b>245<sup>1)</sup></b>	<b>100%</b>

**Quadro 5.** Distribuição dos participantes pelos grupos de sexo

Sexo	N	%
Feminino	170	69.4%
Masculino	75	30.6%
<b>Total</b>	<b>245<sup>1)</sup></b>	<b>100%</b>

**Quadro 6.** Distribuição dos participantes pelos contextos de intervenção

Contexto Intervenção	N	%
Hospital	124	49.8%
Centro Saúde	125	50.2%
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

No total, participaram 249 profissionais de saúde enquadrados em diferentes áreas de intervenção e especialidade. Os quadros que se seguem permitem caracterizá-los em termos da sua distribuição pelo grupo profissional, sexo e contexto de intervenção clínica.

<sup>1)</sup> Apesar da amostra deste estudo incluir um total de 249 participantes, não foi possível identificar o grupo de sexo de 4 pessoas, em virtude da sua não resposta.

**Procedimentos**

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário de auto-resposta. Este instrumento foi distribuído em diferentes hospitais e centros de saúde da área da Grande Lisboa e posteriormente recolhido para tratamento estatístico. Os questionários eram anónimos, quer em termos da identidade dos participantes, quer da instituição de pertença.

**Instrumento**

O instrumento utilizado para a recolha dos dados foi um questionário desenvolvido pela equipa consultora<sup>12</sup> e incidiu em áreas temáticas distintas, onde o papel do sexo dos utentes e dos próprios profissionais pode revelar efeitos diferenciais significativos. Concretamente, o questionário foi estruturado em torno de **cinco temas centrais**:

**A. O papel do sexo do utente no âmbito das práticas clínicas** - focalizou a importância que esta dimensão pode representar no plano da condução das consultas, dos critérios que são utilizados para o diagnóstico, no processo terapêutico e na relação que o profissional estabelece com o utente. Estas dimensões foram orientadas para a percepção que o próprio profissional tem sobre o tema, para a sua percepção sobre a importância que os colegas da sua área de especialidade lhe atribuem, bem como os colegas de outras especialidades e áreas profissionais. Introduziu-se ainda uma questão associada às especialidades onde o sexo do utente pode assumir relevância.

**B. O papel do sexo do profissional de saúde no campo das práticas clínicas** - esta secção foi construída de acordo com as mesmas dimensões que descrevemos na anterior, embora adaptada à importância do sexo do profissional.

**C. A abordagem diferencial da saúde dos homens e das mulheres no contexto da formação académica** - incidiu no enfoque que a perspectiva de

<sup>12</sup> Alguns itens deste questionário foram adaptados dos estudos desenvolvidos por Risberg, Hamberg & Johansson (2003) e Amâncio e colaboradores (não publicado) (no âmbito do projecto Elites Discriminadas - Uma abordagem interdisciplinar das desigualdades de género POCTI/SOC/44726/2002 da FCT).

género assumiu nos currícula apresentados ao longo da formação dos participantes, bem como no plano académico actual; por outro lado, abordou a importância do sexo do estudante na escolha da especialidade, tal como no interesse que os profissionais expressam face à possibilidade de receber formação complementar neste domínio.

**D. O campo das relações entre profissionais** – foi dedicado à importância que o sexo dos profissionais pode assumir ao nível das relações entre pares, quer na perspectiva dos próprios, quer na percepção que estes apresentam face aos seus colegas de profissão.

**E. O desenvolvimento da carreira** – nesta secção focalizámos questões relacionadas com a igualdade e/ou discriminação no plano da carreira profissional, a diferenciação de especialidades médicas/enfermagem em função do sexo dos profissionais, as barreiras que possam estar associadas ao sexo dos mesmos, a autoridade de homens e mulheres no contexto da profissão e diferenciações de prestígio ao nível das especialidades médicas/enfermagem.

O questionário é apresentado no Apêndice I.

## Principais Resultados

Os procedimentos de análise utilizados nas diferentes secções do questionário foram conduzidos de acordo com a natureza dos itens. Passamos a apresentar os vários resultados de acordo com a estrutura do instrumento.

### A. O papel do sexo do utente no âmbito das práticas clínicas

Neste primeiro grupo de questões realizámos Testes T às várias questões, de modo a comparar a média das respostas dos participantes, em função do grupo de sexo, do grupo profissional e do contexto de trabalho (as variáveis independentes (VI) em estudo).

As comparações efectuadas entre profissionais mulheres e homens (VI - sexo) para o conjunto das questões que integraram esta primeira secção não mostraram quaisquer variações significativas ao nível das suas respostas. Em média, afirmaram pouca importância quanto ao sexo do utente no contexto das práticas clínicas (em torno do ponto 3 da escala de resposta).

Em termos das comparações estabelecidas em função dos **grupos profissionais** (VI - profissão) foram encontradas algumas variações significativas. Especificamente:

Na questão **importância atribuída ao sexo do utente no âmbito do processo terapêutico** os enfermeiros apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os médicos, apesar das suas respostas se localizarem pouco acima do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 3.21, Med = 2.69; t (237) = 1.992, p= .047).

Para a **importância atribuída ao sexo do utente** no plano da **relação que é estabelecida no contexto clínico**, também foram os enfermeiros a considerar significativamente mais esta dimensão, relativamente aos médicos, apesar de, mais uma vez, as respostas se localizarem pouco acima do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 3.12, Med = 2.56; t (231) = 2.180, p= .030).

Comparativamente ao grupo de médicos, os enfermeiros também indicaram mais que os **colegas da mesma especialidade atribuem maior**

**relevância ao sexo do utente no âmbito do processo terapêutico**, apesar das respostas continuarem pouco acima do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 3.18, Med = 2.59; t (231) = 2.304, p= .022).

O padrão de respostas anterior repetiu-se, quando consideraram a **perspectiva dos colegas de outras especialidades quanto à relevância que o sexo do utente assume no âmbito do processo terapêutico** (Enf = 3.22, Med = 2.62; t (229) = 2.520, p= .012), bem como a **perspectiva dos colegas de outras áreas profissionais** sobre a mesma dimensão (Enf = 3.13, Med = 2.66; t (224) = 1.972, p= .050).

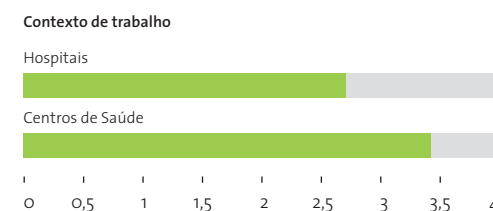
Quanto às comparações realizadas em função do **contexto de trabalho**, observaram-se três resultados diferenciadores entre os participantes que actuam em centros de saúde e hospitais, em termos da **importância atribuída ao sexo do utente**. No conjunto, os profissionais dos centros de saúde atribuíram significativamente maior relevo ao seguinte:

- Os **colegas de outras áreas profissionais** consideram **o sexo do utente relevante na forma como conduzem a consulta/atendimento** (CS = 3.42, Hos = 2.75; t (228) = 3.071, p= .002);
- Os **colegas de outras áreas profissionais** consideram **o sexo do utente importante para os critérios de diagnóstico** (CS = 3.35, Hos = 2.74; t (228) = 2.588, p= .010);
- Os **colegas de outras áreas profissionais** consideram **o sexo do utente importante no âmbito da relação terapêutica** (CS = 3.28, Hos = 2.64; t (228) = 2.639, p= .009).

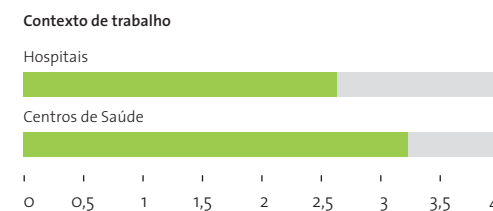
No conjunto destes três resultados, uma vez mais, as respostas dos profissionais dos centros de saúde situaram-se pouco acima do ponto “pouca importância”.

Introduzimos ainda um outro item com o objectivo de analisar, de forma mais focalizada, se os participantes consideravam a existência de **especiali-**

**Gráfico 4.** Para os colegas de outras áreas profissionais, o sexo do utente tem importância na forma como conduzem o atendimento/consulta



**Gráfico 5.** Para os colegas de outras áreas profissionais, o sexo do utente tem importância na na relação que estabelecem com o utente



**Quadro 7.** Resultados do Teste Binomial

Existe alguma especialidade em que considere que o sexo do/a utente tenha importância?

	Não	Sim	Total
N	84	158	242
Proporção <sup>13</sup>	.35	.65	1,00
	p < 0,001		

**Quadro 8.** Especialidades onde o sexo do utente tem relevância, de acordo com a opinião de enfermeiros e médicos

Especialidades	Enfermeiros	Médicos
Todas as especialidades	1	2
Outras especialidades	8	2
Cardiologia	0	1
Medicina Geral e Familiar	1	6
Dermatologia	2	2
Medicina Interna	0	2
Cirurgia Geral	0	1
Endocrinologia	1	5
Oncologia	1	1
Ortopedia	0	1
Patologia Clínica	0	1
Reumatologia	0	1
Saúde Materna/Ginecologia/Obstetrícia	<b>59</b>	<b>64</b>
Saúde Infantil/Juvenil/Pediatria	7	1
Especialidades Cirúrgicas	0	7
Saúde Mental/Psiquiatria	<b>6</b>	<b>16</b>
Urologia	<b>34</b>	<b>54</b>
Gastroenterologia	1	1

**dades onde o sexo do utente assume maior importância.** Os resultados mostraram diferenças nas proporções das duas categorias de resposta (sim ou não), indicando uma concordância maioritária dos profissionais face a esta questão.

Realizámos ainda um teste estatístico<sup>14</sup>, de modo a verificar se esta proporção de respostas dependia de alguma associação particular com as variáveis sexo, profissão e contexto de trabalho. Os resultados não mostraram nenhum padrão significativo, indicando que esta diferenciação nas respostas não teve qualquer relação com aquelas variáveis sociodemográficas.

De maneira a clarificar os resultados obtidos para as **especialidades onde o sexo do utente assume maior importância**, efectuámos ainda uma categorização das respostas positivas, cruzando as especialidades indicadas com o grupo profissional dos respondentes.

Os resultados indicam que, quanto à atribuição de importância ao sexo do utente, quer médicos, quer enfermeiros, salientaram claramente a especialidade de **Saúde Materna/Ginecologia/Obstetrícia**. A **Urologia** também apresentou um número de respostas elevado, mas foi o grupo de médicos que atribuiu maior relevância ao sexo do utente.

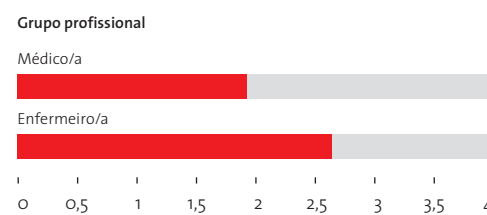
### B. O papel do sexo do profissional no âmbito das práticas clínicas

Nesta parte do questionário também conduzimos Testes T com as várias questões, de modo a comparar a média das respostas dos participantes, em função do grupo de sexo, do grupo profissional e do contexto de trabalho (VI's = sexo e profissão dos respondentes, contexto de trabalho).

Tal como na secção anterior, os resultados emergentes das comparações realizadas entre mulheres e homens (VI – sexo) não mostraram quaisquer variações significativas. No conjunto dos itens, as pontuações situaram-se abaixo do ponto 3 (pouca importância), o que indica a associação de menor

<sup>13</sup> A proporção testada foi de .50.

<sup>14</sup> Teste de independência para o Qui-Quadrado.

**Gráfico 6.** O sexo do próprio profissional tem importância no processo terapêutico

importância ao sexo do profissional no contexto das práticas clínicas, comparativamente ao sexo do utente.

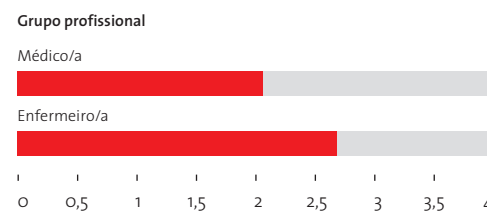
Em termos dos grupos profissionais (VI – profissão) também observámos um conjunto de variações significativas, sendo os enfermeiros quem valoriza um pouco mais o sexo do profissional, comparativamente ao grupo de médicos. Especificamente:

- No plano do **processo terapêutico**, os enfermeiros associaram significativamente **mais importância ao seu próprio sexo**, em comparação com os médicos, apesar das suas respostas se localizarem abaixo do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 2.67, Med = 1.93; t (222) = 3.487, p= .001).

- Comparativamente ao grupo dos médicos, os enfermeiros também consideraram significativamente mais que, **para os colegas da mesma especialidade, o sexo do profissional assume importância para: os critérios de avaliação e diagnóstico** (Enf = 2.55, Med = 2.11; t (234) = 2.117, p= .035) e **o processo terapêutico** (Enf = 2.59, Med = 2.01; t (226) = 2.751, p= .006). As respostas dos enfermeiros continuaram abaixo do ponto 3 (pouca importância) para os dois itens.

- Por outro lado, também foram os enfermeiros a afirmar significativamente mais que, **para os colegas de outras especialidades, o sexo do profissional assume importância nos critérios de avaliação e diagnóstico** - com respostas abaixo do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 2.70, Med = 2.07; t (222) = 3.124, p= .002).

- O mesmo grupo também considerou significativamente mais que os médicos que, **para os colegas de outras especialidades, o sexo do profissional tem relevância para o estabelecimento do processo terapêutico**. As respostas continuaram abaixo do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 2.76, Med = 2.05; t (222) = 3.313, p= .001).

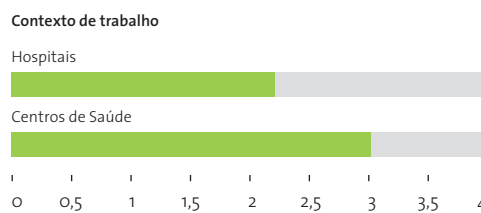
**Gráfico 7.** Para os colegas de outras especialidades, o sexo do próprio profissional tem importância nos critérios que utilizam para avaliação/diagnóstico

- Os enfermeiros também referiram significativamente mais que os médicos que, **para os colegas de outras especialidades, o sexo do profissional assume importância no estabelecimento da relação com o utente**. As respostas situaram-se no ponto 3 (pouca importância) (Enf = 3.02, Med = 2.47; t (221) = 2.401, p= .017).
- Finalmente, foi o mesmo grupo a indicar significativamente mais que os médicos que, **para os colegas de outras áreas profissionais, o sexo do profissional tem importância para o processo terapêutico**. As respostas localizaram-se abaixo do ponto 3 (pouca importância) (Enf = 2.65, Med = 2.16; t (224) = 2.389, p= .018).

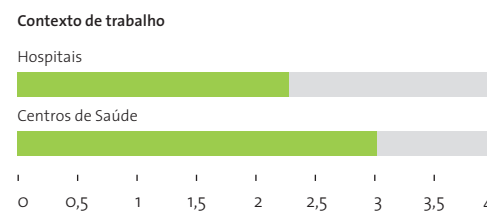
Quanto às comparações relativas ao **contexto de trabalho**, emergiu um conjunto de resultados diferenciadores entre os profissionais que actuam em centros de saúde e hospitais, em termos da **importância atribuída ao sexo do profissional**. No conjunto, foram os profissionais dos centros de saúde que valorizaram um pouco mais a importância desta dimensão nas práticas clínicas. Especificamente:

- Afirmaram significativamente mais a **importância do seu próprio sexo** na forma como conduzem o **atendimento/consulta**, comparativamente aos profissionais hospitalares. No entanto, a sua pontuação média situou-se em torno do ponto 3 (pouca importância) (CS = 3.12, Hos = 2.54; t (238) = 2.276, p= .024).
- Também foi aquele grupo que desvalorizou significativamente menos a **importância** daquela dimensão em termos dos **critérios** que são **utilizados para a avaliação/diagnóstico** (CS = 2.45, Hos = 1.95; t (240) = 2.420, p= .016).
- Comparativamente aos profissionais que actuam nos hospitais, os profissionais dos centros de saúde também indicaram significativamente mais que, **os colegas da mesma especialidade consideram a relevância do sexo do profissional na forma como conduzem a consulta/atendimento**, apesar de, mais uma vez, as pontuações continuarem em torno do ponto 3 (CS = 3.02, Hos = 2.34; t (225) = 2.847, p= .005).

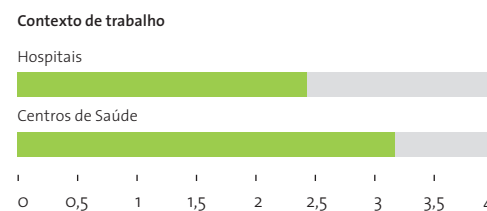
**Gráfico 8.** Para os colegas da mesma especialidade, o sexo do próprio profissional tem importância na forma como conduzem o atendimento/consulta



**Gráfico 9.** Para os colegas de outras áreas profissionais, o sexo do próprio profissional tem importância na forma como conduzem o atendimento/consulta



**Gráfico 10.** Para os colegas de outras áreas profissionais, o sexo do próprio profissional tem importância na relação que estabelecem com o utente



#### Quadro 9. Resultados do Teste Binomial

Existe alguma especialidade em que considere que o sexo do/a utente tenha importância?

	Não	Sim	Total
N	118	123	241
Proporção <sup>15</sup>	.49	.51	1,00
	ns		

- Foi o mesmo grupo a salientar mais que **os colegas da mesma especialidade atribuem importância a esta dimensão no contexto das relações que estabelecem com os utentes**, embora situem as suas respostas no ponto 3 (CS = 2.97, Hos = 2.39; t (234) = 2.443, p= .015).

- Por outro lado, também foram os participantes dos centros de saúde que referiram significativamente mais que, **para os colegas de outras especialidades, o sexo do profissional** é importante para os **critérios** que utilizam na **avaliação/diagnóstico**. No entanto, as pontuações situam-se abaixo do ponto 3 (CS = 2.63, Hos = 2.13; t (232) = 2.431, p= .016).

- Este grupo de profissionais afirmou significativamente mais que, **para os colegas de outras áreas profissionais, o sexo do profissional tem relevância na forma como conduzem o atendimento/consulta** (CS = 3.02, Hos = 2.31; t (215) = 3.210, p= .002).

- Comparativamente aos profissionais dos hospitais, os que actuam nos centros de saúde sugeriram significativamente mais que, **para os colegas de outras áreas profissionais o sexo do profissional** é importante para os **critérios** que utilizam na **avaliação/diagnóstico** (CS = 2.66, Hos = 2.11; t (229) = 2.898, p= .004) e no **processo terapêutico** (CS = 2.63, Hos = 2.17; t (228) = 2.254, p= .025).

- O padrão de resposta foi semelhante em termos da relevância que **os colegas de outras áreas profissionais associam ao sexo do profissional no plano da relação com o utente** (CS = 3.19, Hos = 2.45; t (220) = 3.316, p= .001).

Tal como fizemos para a dimensão ‘sexo do utente’, introduzimos um outro item que permitisse analisar com mais detalhe se os participantes consideravam a existência de especialidades onde o sexo do profissional pode assumir maior importância.

Os resultados não mostraram diferenças significativas na distribuição de

<sup>15</sup>A proporção testada foi de .50.

**Quadro 10.** Especialidades onde o sexo do profissional tem relevância, de acordo com a opinião de enfermeiros e médicos

Especialidades	Enfermeiros	Médicos
Cirurgia Geral	0	3
Medicina Geral e Familiar	1	5
Ortopedia	1	0
Endocrinologia	0	2
Otorrinolaringologia	0	1
Saúde Materna/Ginecologia/Obstetrícia	<b>42</b>	<b>60</b>
Saúde Infantil/Juvenil/Pediatria	3	1
Saúde Mental/Psiquiatria	4	15
Especialidades Cirúrgicas	0	2
Urologia	<b>20</b>	<b>47</b>
Gastroenterologia	0	3
Outras Especialidades	4	1

proporções das duas categorias, o que indica que as posições dos participantes quanto a esta questão se encontram relativamente divididas.

De maneira a clarificar os resultados relativos às respostas afirmativas, também solicitámos a indicação dessas especialidades e realizámos uma categorização sobre as respostas, cruzando as especialidades referidas com o grupo profissional dos respondentes.

Tal como aconteceu para a dimensão ‘sexo do utente’, estes resultados indicam que, quer médicos, quer enfermeiros, salientaram a importância do sexo do profissional ao nível das especialidades de **Saúde Materna/Ginecologia/Obstetrícia e Urologia**. No entanto, neste caso, foram os médicos a destacar mais as duas especialidades, enquanto que no plano do sexo do utente haviam referenciado mais a Urologia, comparativamente aos enfermeiros.

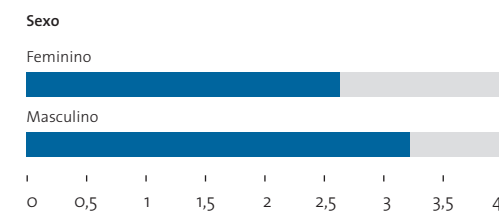
### C. A abordagem diferencial da saúde dos homens e das mulheres no contexto da formação académica

Nesta secção do questionário focalizámos as ideias dos profissionais de saúde quanto à representatividade que esta abordagem assume no plano da formação académica e complementar, bem como a influência do sexo do estudante na escolha de especialidade. Por outro lado, também contemplámos as suas opiniões quanto à necessidade de dar mais atenção a esta temática nos currículos académicos, tal como o seu interesse em receber formação complementar no domínio do género em saúde.

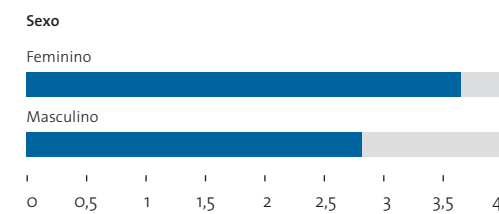
A análise dos itens foi realizada com base em Testes T, de modo a verificar possíveis aspectos de diferenciação entre os seguintes grupos: homens/mulheres, Enfermagem/Medicina e Centro de Saúde/Hospital (VI’s – sexo, profissão, contexto trabalho). Observaram-se efeitos significativos associados às três variáveis, que passamos a apresentar.

As comparações entre mulheres e homens (variável sexo) revelaram diferenças significativas entre as suas respostas relativamente às questões *im-*

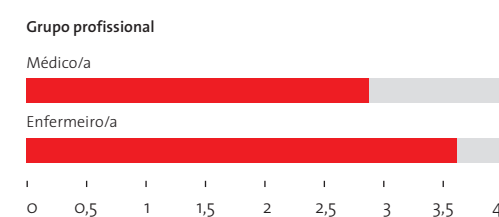
**Gráfico 11.** O sexo do estudante é importante na escolha da especialidade



**Gráfico 12.** Estou interessado em receber formação complementar nesta matéria



**Gráfico 13.** Aquando da minha formação, esta perspectiva estava presente nos currículos académicos



*portância do sexo do estudante na escolha da especialidade e interesse em receber formação complementar na área do género aplicada à saúde.*

Na primeira questão, embora ambos os grupos discordassem quanto à **importância do sexo do estudante na escolha da especialidade**, as mulheres foram significativamente mais discordantes do que os homens ( $M=3.24$ ,  $F=2.61$ ;  $t(238)=2.404$ ,  $p=.017$ ).

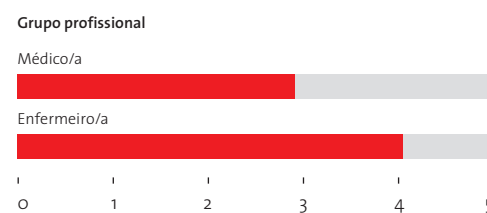
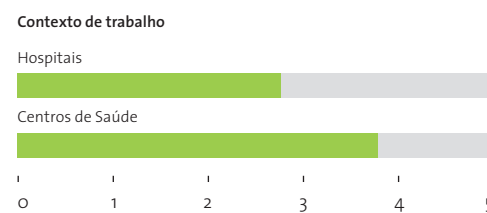
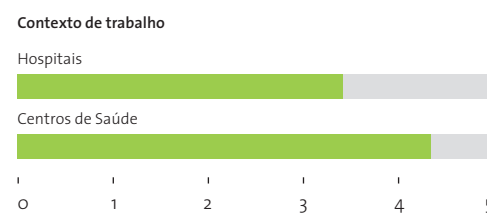
Para a questão seguinte, homens e mulheres diferiram significativamente de opinião, uma vez que os primeiros discordaram um pouco quanto ao **interesse em receber formação complementar naquela área**, enquanto elas se aproximaram mais de uma posição neutra (não concordo nem discordo) ( $M=2.84$ ,  $F=3.72$ ;  $t(235)=-2.949$ ,  $p=.004$ ).

Relativamente à **variável profissão** emergiram aspectos de diferenciação significativa entre as respostas de médicos e enfermeiros para um conjunto de questões que passamos a enunciar.

As respostas dos dois grupos divergiram significativamente, já que os médicos revelaram alguma discordância face à **presença da abordagem diferencial das questões de saúde dos homens e mulheres nos currículos académicos da sua formação**, enquanto que os enfermeiros se aproximaram mais da posição “não concordo nem discordo” ( $Enf=3.63$ ,  $Med=2.88$ ;  $t(237)=3.002$ ,  $p=.003$ ).

Os dois grupos apresentaram opiniões significativamente diferentes quanto à **presença desta abordagem nos currículos académicos actuais da sua área de especialidade**, uma vez que os enfermeiros se posicionaram mais em torno do ponto “não concordo nem discordo”, enquanto que os médicos revelaram alguma discordância face a essa presença ( $Enf=3.66$ ,  $Med=3.02$ ;  $t(234)=2.540$ ,  $p=.012$ ).

Relativamente à **importância que o sexo do estudante assume na escolha de especialidade**, também emergiram diferenças significativas entre as respostas nos dois grupos: os enfermeiros afirmaram a sua discordância face à

**Gráfico 14.** Estou interessado em receber formação complementar nesta área**Gráfico 15.** Aquando da minha formação, esta perspectiva estava presente nos currículos académicos**Gráfico 16.** Deveria ser dada mais atenção a esta temática nos currículos académicos da minha área

influência desta dimensão, enquanto que os médicos discordaram um pouco menos (Enf = 2.45, Med = 3.14;  $t(238) = -2.829, p = .005$ ).

Finalmente, quanto ao **interesse em receber formação complementar na área do género aplicada à saúde**, emergiram novas distinções significativas a nível das posições dos dois grupos, uma vez que enfermeiros “não concordam nem discordam”, enquanto que os médicos revelaram alguma discordância face a essa possibilidade (Enf = 4.01, Med = 2.93;  $t(235) = 3.962, p < .001$ ).

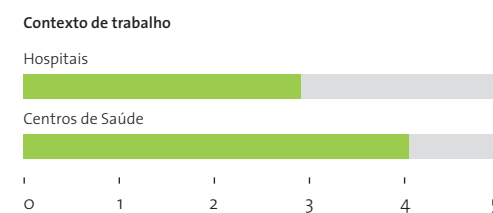
Relativamente à variável **contexto de trabalho** foram observados aspectos de diferenciação significativa entre as respostas dos profissionais dos centros de saúde e hospitais em quatro dimensões, que passamos a apresentar.

A primeira diz respeito à **presença da abordagem diferencial da saúde de homens e mulheres nos currículos académicos da formação** dos participantes, onde os profissionais dos centros de saúde tenderam a “não concordar nem discordar” com essa perspectiva, enquanto que os profissionais dos hospitais manifestaram alguma discordância (CS= 3.69, H= 2.82;  $t(241) = 3.542, p < .001$ ).

O padrão de resposta anterior emergiu novamente face à **presença da perspectiva diferencial da saúde de homens e mulheres nos currículos académicos actuais da área de intervenção** dos participantes (CS= 3.66, H= 3.04;  $t(238) = 2.467, p = .014$ ).

O terceiro aspecto diferenciador entre os dois grupos refere-se à **necessidade de dar mais atenção a esta temática nos currículos académicos actuais**: enquanto que os profissionais dos centros de saúde se posicionaram no ponto médio da escala - “não concordo nem discordo”, os profissionais dos hospitais não consideraram importante integrar esta temática nos programas académicos (CS= 4.32, H= 3.48;  $t(238) = 3.228, p = .001$ ).

Finalmente, também se observaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao **interesse em receber formação complementar nesta matéria**, com os profissionais dos hospitais a manifestarem significativa-

**Gráfico 17.** Estou interessado em receber formação complementar nesta área

mente menor interesse em recebê-la, comparativamente aos profissionais dos centros de saúde, que se posicionaram no ponto médio da escala (CS= 4.05, H= 2.90;  $t(239) = 4.268, p < .001$ ).

#### D. O campo das relações entre profissionais

Nesta secção concentrámos a atenção na influência do género no contexto das relações dos profissionais de saúde com os seus pares. Tal como fizemos anteriormente, a análise dos itens foi conduzida com base em Testes T, de modo a verificar possíveis aspectos de diferenciação entre os grupos ‘homem/mulher’, ‘enfermagem/medicina’ e ‘centro de saúde/hospital’ (VI’s – sexo, profissão, contexto trabalho).

Apesar de terem emergido algumas diferenças a nível das respostas dos participantes, não se observaram quaisquer efeitos significativos daquelas variáveis nos itens deste grupo. As pontuações atribuídas situaram-se em torno do ponto 2 (muito pouca importância).

#### E. O desenvolvimento da carreira

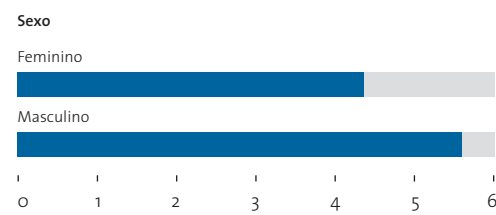
A última parte do questionário foi dedicada ao contexto da carreira profissional e contemplou vários domínios relacionados, especificamente: aspectos de igualdade e/ou discriminação entre homens e mulheres, diferenciação entre especialidades médicas/enfermagem em função do sexo dos profissionais, barreiras associadas ao sexo dos profissionais, grau de autoridade de homens e mulheres no contexto da profissão e diferenciações de prestígio a nível das especialidades médicas/enfermagem.

Foi utilizada a mesma metodologia de análise para os vários itens (Testes T) e com base nas três VI’s em estudo, emergiram efeitos significativos associados aos grupos de sexo e profissional, que passamos a apresentar.

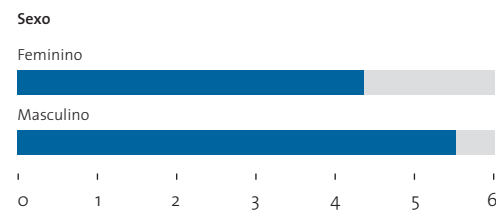
Relativamente às comparações associadas à variável **sexo**, na questão da **igualdade de oportunidades de carreira** entre mulheres e homens, observaram-se as seguintes diferenças: em média, os homens afirmaram existir



**Gráfico 18.** Existe igualdade de oportunidades entre homens e mulheres



**Gráfico 19.** Existe igualdade na aplicação de critérios para a progressão na carreira de homens e mulheres



## Conclusões

### - Pistas para discussão

igualdade de oportunidades de carreira entre sexos, ao passo que as mulheres se posicionaram no ponto médio da escala – “não concordo nem discordo” ( $M= 5.57, F= 4.38; t(242) = 4.373, p < .001$ ).

De igual modo, foram observadas diferenças nos padrões de resposta de homens e de mulheres quanto à **existência de igualdade na aplicação de critérios para a progressão na carreira** de indivíduos de ambos os sexos: enquanto que os homens concordaram com esta afirmação, as mulheres salientaram, mais uma vez, maior aproximação a uma posição de neutralidade (não concordo nem discordo) ( $M= 5.56, F= 4.48; t(238) = 3.879, p < .001$ ).

Quanto ao **grau de autoridade profissional entre homens e mulheres**, verificou-se um padrão de resposta semelhante: as mulheres adoptaram, em média, a posição “não concordo nem discordo”; os homens afirmaram a existência de graus de autoridade profissional equivalentes ( $M= 5.15, F= 4.36; t(238) = 2.677, p = .008$ ).

Para a variável **profissão**, emergiu um único resultado significativamente diferenciador entre médicos e enfermeiros. Enquanto os primeiros tenderam a mostrar alguma concordância face à **existência de diferenças ao nível do prestígio que é atribuído às diferentes especialidades**, os enfermeiros aproximaram-se mais da posição “não concordo nem discordo” ( $Enf = 3.73, Med = 4.35; t(234) = -2.057, p = .041$ ).

Os resultados obtidos a partir do questionário revelaram, na sua globalidade, uma fraca orientação dos profissionais inquiridos para a temática do sexo e do género no contexto da saúde. Com a excepção de algumas respostas inseridas na parte dedicada ao contexto da carreira profissional, as pontuações médias oscilaram entre o 2 e 3 (muito pouca e pouca importância ou discordo muito e discordo pouco), numa escala de 7 pontos. Analisando estes resultados em função dos grupos ‘sexo’, ‘profissão’ e ‘contexto de trabalho’, emergiram alguns padrões de diferenciação.

Quando focalizámos a importância do sexo do utente no contexto das práticas clínicas, foram os enfermeiros que apresentaram, para todos os itens, pontuações mais elevadas quando comparadas com as dos médicos – ainda que pouco expressivas, estas diferenças foram estatisticamente significativas. Também foi possível observar o mesmo tipo de padrão quando analisámos o contexto de trabalho, uma vez que os profissionais dos centros de saúde valorizaram mais a importância daquela dimensão, comparativamente aos colegas em contexto hospitalar. Em contrapartida, a variável sexo não produziu quaisquer efeitos diferenciadores entre homens e mulheres, o que nos sugere uma elevada proximidade a nível das respostas em termos da fraca importância associada a esta dimensão. Tal parece sugerir serem o grupo profissional e o contexto de trabalho mais diferenciadores nestas matérias.

No que respeita à relevância que o sexo do profissional assume no plano das práticas clínicas emergiram os mesmos padrões de resposta: pontuações baixas, tendo em conta que as respostas foram mantidas entre os pontos 2 e 3 da escala; respostas significativamente mais elevadas entre os enfermeiros e os profissionais dos centros de saúde, comparativamente aos médicos e profissionais dos hospitais, respectivamente; e ausência de efeitos diferenciadores entre homens e mulheres.

Também podemos constatar que, segundo as percepções e representações expressas pelos respondentes, não é reconhecida às relações de género qualquer influência no contexto das relações profissionais entre pares, uma vez que se salientou uma discordância generalizada e uma total ausência de efeitos das variáveis sexo, profissão e contexto de trabalho.

Relativamente à secção dedicada à abordagem diferencial das questões relacionadas com a saúde de homens e mulheres no campo da formação, observámos pouco interesse por parte dos participantes do sexo masculino relativamente a esta temática, a atribuição de pouca importância ao sexo do estudante na escolha de especialidade, por parte das mulheres, e uma maior orientação dos enfermeiros e dos profissionais dos centros de saúde para essa temática.

Contudo, apesar das diferenças observadas, as respostas foram mantidas nos pontos menos elevados da escala (em torno de 3 e 4).

Por último, também nas questões relativas à carreira profissional emergiram diferenças entre sexos, com os homens a apresentar sempre maior concordância quanto à presença de igualdade entre sexos neste contexto. Curiosamente, as mulheres revelaram uma posição de relativa neutralidade nas suas respostas, uma vez que se posicionaram sistematicamente no ponto “não concordo nem discordo”, denotando um não comprometimento em relação a estas questões.

De modo a aprofundar a análise destas temáticas, e das dimensões de resposta que foram mobilizadas em torno dos conceitos ‘sexo’ e ‘género’ no contexto da saúde, desenvolvemos um segundo estudo, de cariz qualitativo, que passamos a apresentar. Esta estratégia metodológica reflecte uma abordagem onde a comunicação de ideias e a construção de narrativas sobre experiências significativas se torna possível, o que nos permitiu explorar, de forma menos condicionada, as representações dos profissionais de saúde face aos temas e objectivos que orientaram o nosso projecto de partida.

## Estudo 2

Este segundo estudo voltou a incidir sobre a temática que nos ocupou na investigação anterior, mas envolveu uma abordagem qualitativa, de modo a permitir uma análise com maior profundidade das dimensões de resposta que aí emergiram. Por outro lado, optámos também por uma exploração mais sistemática de outros aspectos que considerámos pertinente salientar neste domínio (por exemplo, as representações dos profissionais sobre a população de utentes no geral, e homens e mulheres, em particular, de acordo com um conjunto de parâmetros relevantes para a prática clínica; a análise da realidade nacional quanto à distribuição dos sexos pelas especialidades em medicina/enfermagem). Assim, nesta segunda fase empírica, focalizámos as ideias, percepções e narrativas dos mesmos grupos profissionais face à problemática do sexo e do género no contexto da saúde, com base em entrevistas em profundidade.

Neste estudo participaram 16 profissionais de saúde enquadrados nos dois contextos de trabalho que haviam sido contemplados anteriormente – hospitais e centros de saúde –, tendo em conta a sua área de intervenção. Foram seleccionados de forma balanceada pelos grupos profissionais, sexo e área de intervenção. Os quadros 11 e 12 permitem caracterizá-los em termos da sua distribuição por estas três dimensões.

## Participantes

**Quadro 11.** Distribuição dos participantes por grupo profissional

Grupo Profissional	N
Médicos	8
Enfermeiros	8
Total	16

**Quadro 12.** Distribuição dos participantes por sexo

Sexo	N
Feminino	8
Masculino	8
Total	16

**Quadro 13.** Distribuição dos participantes por área de intervenção

Área de Intervenção	Médicos	Enfermeiros	Total
Especialistas Hospitalares	4	4	8
Clínicos gerais/Enfermeiros generalistas	4	4	8
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

## Procedimentos

As entrevistas foram realizadas individualmente, no local de trabalho dos profissionais, mediante marcação prévia. Tal como na abordagem quantitativa, o anonimato dos participantes, e das respectivas instituições, foram garantidos. Seleccionámos médicos de medicina geral e familiar e enfermeiros generalistas no contexto dos centros de saúde, e profissionais especialistas, médicos e enfermeiros, no contexto hospitalar.

## Instrumento

O instrumento que adoptámos para este segundo estudo foi a entrevista em profundidade semi-estruturada (Apêndice III). Esta opção permitiu delinear um guião inicial, standardizado para todos os participantes, de modo a conduzi-los ao longo dos vários tópicos que pretendíamos abordar. Paralelamente, a natureza semi-estruturada da metodologia garantiu a possibilidade de focalizar novos conteúdos pertinentes, que emergiram ao longo da própria situação de entrevista.

As dimensões que estruturaram o guião inicial foram as seguintes:

**A. Biografia dos participantes** – centrada nas razões que levaram à escolha do curso e da especialidade, para o caso dos profissionais hospitalares;

**B. Prática Clínica** – foi desdobrada em duas secções, em virtude das especificidades abordadas:

**1. Relevância do sexo do utente**, onde se focalizou a importância que os profissionais atribuem a esta dimensão em termos dos padrões de utilização dos serviços de saúde, tipo e forma de queixas apresentadas, adesão à terapêutica e forma de comunicação/relação; por outro lado, a valorização que os profissionais associam às queixas e seus sinais objectivos, pedidos de exames complementares e terapêutica, em função do sexo do utente; finalmente, a percepção que os profissionais têm sobre a importância que os seus colegas atribuem ao sexo do utente no desempenho das suas funções.

**2. Relevância do sexo do profissional**, centrada na importância que os participantes associam ao sexo do profissional no exercício das suas funções, quer com os utentes, quer com os seus pares; por outro lado, também foi apresentada a distribuição das mulheres e homens profissionais por diferentes áreas de intervenção médica e de enfermagem com desigualdades na distribuição numérica entre sexos, com base na interpretação de dados nacionais<sup>16</sup> (INE, 2005) (Apêndice IV); por último, o enfoque incidiu na análise da apropriação do sexo do profissional às especialidades médicas/enfermagem, tendo em conta a sua natureza e especificidade.

**C. Questões de Igualdade/Discriminação** – esta dimensão foi orientada para o contexto profissional e a carreira em medicina e enfermagem, nomeadamente, em termos das oportunidades de progressão de homens e mulheres, situações de discriminação positiva e negativa no contexto do trabalho e o poder/autoridade profissional, comparando a situação entre os dois sexos; finalmente, aspectos de diferenciação no prestígio atribuído às diferentes especialidades em medicina/enfermagem, bem como as consequências dessas dinâmicas ao nível do contexto profissional.

O guião completo é apresentado no Apêndice III.

<sup>16</sup> As especialidades escolhidas para a interpretação de dados foram as seguintes: medicina – cirurgia geral, cardiologia, pediatria, medicina geral e familiar; enfermagem – generalista, de reabilitação, saúde infantil e pediátrica, saúde mental e psiquiátrica.

## Variáveis do estudo

A operacionalização das variáveis do estudo reflecte um tratamento sistemático dos tópicos apresentados para o guião da entrevista. Procedemos agora à sua descrição, em termos das dimensões de análise que as constituíram:

- Profissão: **Med** (médicos), **Enf** (enfermeiros)
- Sexo: **Fem** (feminino), **Mas** (masculino)
- Formação académica e complementar: **A1** e **A2**
- Importância que o próprio profissional atribui ao sexo do utente na prática clínica (padrões de utilização dos serviços de saúde, tipo e forma de queixas, adesão à terapêutica, forma de comunicação/relação, etc.): **B11**
- Percepção da importância que os colegas atribuem ao sexo do utente no desempenho das suas funções: **B12**
- Importância do sexo do profissional no exercício das funções (com os utentes e os pares): **B21**
- Distribuição das mulheres e homens profissionais por algumas áreas de especialidade médica/enfermagem (com base na interpretação de dados nacionais - INE, 2005): **B22**. Apropriação do sexo do profissional às especialidades em medicina/enfermagem: **B23**
- Oportunidades de homens e mulheres ao nível da progressão na carreira: **C1**
- Discriminação positiva e/ou negativa no contexto do trabalho: **C2**
- Poder/autoridade profissional de mulheres e homens: **C3**
- Diferenças de prestígio entre as especialidades médicas/enfermagem: **C4**

## Principais Resultados

Os resultados que apresentamos a seguir foram analisados com o *software Alceste 4.7* (IMAGE, 2000). Este programa é uma metodologia de análise de dados qualitativos, que incide na composição lexical e estruturação temática do material de entrevista. Com base nas técnicas estatísticas utilizadas, permite isolar *classes lexicais*<sup>17</sup>, de acordo com a co-ocorrência de palavras nos contextos discursivos produzidos pelos participantes. Deste modo, é possível reter categorias de vocabulário que remetem para as representações que lhe estão subjacentes, tornando possível a sua explicitação (Reinert, 1986). Por outro lado, a especificidade do vocabulário dos contextos lexicais emergentes revela as dimensões de significado que são pertinentes para a interpretação do discurso e das representações sociais que estiveram implicadas na sua organização (Soares & Jesuino, 2004).

<sup>17</sup>As classes lexicais constituem classes de palavras retidas a partir dos discursos em análise.

Os resultados foram obtidos a partir do método de classificação descendente hierárquica operacionalizado pelo *Alceste*, segundo o qual se constituíram as classes lexicais (ou conjuntos de palavras co-ocorrentes) emergentes a partir dos discursos e narrativas dos profissionais de saúde. É de salientar que a natureza estatística do método levou à redução da variabilidade do *corpus* de material resultante do conjunto de entrevistas, o que significa que algum material com menor representatividade foi eliminado da análise. Deste processo resultou uma análise efectuada com 87,07 % do *corpus* de dados inicial. Os resultados da análise Alceste revelaram uma estrutura temática centrada em três classes lexicais:

Quadro 14. Estrutura Temática das Representações de Médicos e Enfermeiros

CLASSE 1 - 22.34% das UCE's		CLASSE 2 - 27.91% das UCE's		CLASSE 3 - 49.75 % das UCE's	
Palavra	X2	Palavra	X2	Palavra	X2
altura+	97.07	pediatria+	85.27	doente+	73.62
medicina	70.18	reabilitação	63.10	queix+	41.50
curso+	60.67	cardiologia	51.95	doença+	31.95
escolh+	56.49	saúde mental	49.78	consulta+	31.80
especialidade+	35.90	mais homens	47.23	patologia+	29.34
hospit+	33.44	sociedade+	40.82	terapêutica+	27.67
clínica geral	33.44	mais prestígio	34.64	homem	25.27
vaga+	32.29	especialidade+	30.90	utente+	20.32
concurso+	31.45	saúde infantil	26.80	médico+	18.01
carreira hospitalar	31.45	medicina geral fami	24.56	sexo+	17.50
carreira+	30.02	chefia+	23.36	diagnóstico+	16.30
início	30.00	apetência+	23.36	tratamento+	15.81
estágio	27.94	psiquiátrica	22.83	dor+	14.25
área saúde	20.93	cargo+	18.00	profissio+	13.43
ciência+	20.93	mais força	16.72	conversar	12.50
acaso	19.17	cirurgia cardiaca	15.66	diferença+	11.33
enfermagem	18.73	enfermeiros homens	15.63	noto	10.15
licenciatura+	17.43	disponibilidade	15.55	doença crónica	9.48
liceu+	17.43	enfermeiros reabili	15.55	aderem	9.13
nunca senti	16.02	machista	15.55	comunicar	9.13
alun+	13.94	igualdade	15.55	igual	9.09
cirurgia plástica	13.94	força física	13.57	não diferença+	9.09
maioritariamente	12.91	matern+	13.31	diabético+	8.11
percurso	12.91	directoras serviço	12.95	sintoma+	7.10
cirurgia+	11.97	mais mulheres	11.29	<b>Variáveis</b>	
segurança	10.45	papel	11.18	*b11	429.65
<b>Variáveis</b>		poucas mulheres	10.36	*b12	51.54
*a2	264.65	pré concebido	10.36	*mas	7.65
*a1	150.07	progressão	9.19	<b>A influência do sexo do utente nas situações de consulta</b>	
*med	5.57	<b>Variáveis</b>			
*fem	5.51	*b22	100.75		
<b>Percurso Académicos</b>		*c4	66.94		
		*b23	55.37		
		*c1	27.36		
		<b>Aspectos de diferenciação: homens, mulheres e especialidades profissionais</b>			

**CLASSE 1**  
**Percursos académicos**

Esta classe concentra 22.34% das UCE's<sup>18</sup> em análise, focalizando, essencialmente, os motivos que conduziram os participantes à escolha do seu curso e da sua especialidade (medicina ou enfermagem). As razões que fundamentam o percurso académico reflectem diferentes vectores organizadores ao nível das suas narrativas, nomeadamente:

No caso da escolha de especialidade, a **experiência anterior** em serviços hospitalares e as situações de estágio foram factores de influência na área de opção, tal como exemplificam as seguintes UCE's<sup>19</sup>:

*“fiz o meu curso de medicina sempre muito satisfeito, depois esperávamos cinco anos, quatro, cinco anos até escolhermos uma especialidade, porque havia muito poucos concursos. Portanto foram mais quatro, cinco anos de experiência, prática, em que deu para ver muitas especialidades e eu depois tinha uma primeira prioridade, a minha primeira prioridade era a cirurgia plástica”.*

*“eu fiz a especialidade enquanto estava no serviço de urgência, a trabalhar e simultaneamente a fazer a especialidade. Depois fui, já como enfermeiro especialista, para um serviço de cirurgia. Ainda como especialista estive durante dois anos e meio, penso, a chefiar um serviço de medicina interna. Voltei para o serviço de cirurgia já como enfermeiro chefe”.*

*“era precisamente a ortopedia, dentro da cirurgia a ortopedia. Portanto estou exactamente onde queria e continuo a gostar e não estou arrependida. O estágio que eu fiz, o estágio influenciou. O ano que eu estive no Hospital x, eu estive no Hospital x durante um ano, pronto estive noutras especialidades durante um ano, escolhi ir para lá e realmente gostei imenso”.*

<sup>18</sup> As UCE's (Unidades de Contexto Elementar) referem-se à unidade de análise que o método Alceste operacionaliza; corresponde à ideia de frase ou parágrafo, e é nesse contexto que a co-ocorrência de palavras é identificada.

<sup>19</sup> As UCE's que são apresentadas ao longo desta secção foram seleccionadas através do processo de análise Alceste, constituindo exemplos representativos das dimensões que integram cada uma das classes lexicais. Pelo próprio automatismo da metodologia não é possível identificar com precisão as especificidades sociodemográficas dos sujeitos que as verbalizaram.

Por outro lado, questões de **segurança laboral, estabilidade monetária e boas saídas profissionais**:

*“porque, por razões familiares, eu tive que vir para a clínica geral, porque, naquela altura, era uma carreira que dava segurança e, bom, dava segurança a nível laboral e a nível económico”.*

*“portanto, fiz o curso de enfermagem na x, já acabei em sessenta e cinco e escolhi enfermagem, naquela altura, pronto, era uma boa saída. E também porque gostava. Havia a hipótese de ser professora ou ser enfermeira, preferi enfermagem. E, depois, mais tarde, fiz a especialidade de saúde pública”.*

Também a escolha do curso determinada pela **alternativa mais próxima** a uma preferência não concretizada:

*“eu vim para enfermagem porque acabei na altura o sétimo ano e depois acabei o propedêutico e não tinha notas para entrar na faculdade. Eu na altura não sabia bem o que é que queria, para ser muito sincera. Tentei entrar na faculdade, só queria medicina ou veterinária e como não entrei achei que o mais parecido com essas áreas de saúde era a enfermagem”.*

E ainda, um percurso consolidado pelo **acaso** e pela necessidade de obter uma **formação académica de duração** relativamente **curta**:

*“a enfermagem acabou por surgir por um acaso, por mero acaso. Porque como a minha idade indica, não sou propriamente dos cursos mais recentes. Depois do quinto ano fui estudar à noite, portanto fiz o curso complementar naquela altura. Monetariamente os meus pais na altura não podiam muito e eu tinha que ir para qualquer coisa que fosse assim tipo um curso mais rápido”.*

*“foi por acaso, foi. Eu já tinha essa perspectiva, tanto que eu tinha concorrido para entrarno curso de enfermagem antes de vir para cá, mas depois foi por mero acaso abrir o curso cá e eu fazê-lo”.*

Uma outra dimensão que também emergiu nesta classe, embora com uma expressividade bastante ténue, diz respeito à **ausência de discriminação** durante a formação:

*“não, penso que não houve discriminação. Embora eu tenha calhado no curso de enfermagem numa turma, numa turma maioritariamente feminina, nós éramos para aí uns quarenta e éramos para aí uns sete homens, não senti nada”.*

As variáveis principais que estiveram na origem desta classe foram a A1 e A2, respeitantes à biografia académica; por outro lado, também se observou a presença daquelas que representam o grupo profissional dos médicos (*Med*) e as mulheres (*Fem*), apesar das suas contribuições serem bastante mais ligeiras. Este resultado indica alguma orientação destes dois grupos para os domínios de significado que aqui emergiram, contudo a fraca expressividade estatística das duas variáveis sociodemográficas aponta também num sentido de alguma generalização destas narrativas entre os vários participantes.

Esta classe concentra 27,91% das UCE's e articula-se em torno das reflexões que os participantes elaboraram acerca das distribuições de profissionais homens e mulheres por algumas das especialidades mais desequilibradas ao nível dos grupos de sexo. Por outro lado, as diferenciações de prestígio que são atribuídas ao nível das próprias especialidades médicas e de enfermagem, e ainda as condições ligadas à progressão na carreira e o acesso ao poder.

Relativamente aos desequilíbrios entre o número de profissionais homens e mulheres em algumas especialidades, os participantes evocaram aspectos ligados à especificidade física dos dois sexos. A **capacidade física** é um factor relevante para justificar a predominância masculina na especialidade de reabilitação em enfermagem:

*“sinceramente eu acho que se calhar aqui, serão mais homens, se calhar por causa disso, penso eu. Em termos de reabilitação é um bocadinho também isso, porque é assim a reabilitação, é vista como algo que exige de nós também mais alguma força física, não é?”*

*“também é uma questão disso, força física superior, não é? Talvez por isso. Acho que tem a ver com a constituição física, talvez, e o próprio gosto, se calhar, não sei”.*

Por outro lado, os participantes também justificaram os desequilíbrios com base numa estratégia de **naturalização de diferenças** ao nível de determinadas **características masculinas ou femininas** que consideram ser mais adequadas para o exercício de algumas especialidades:

*“não sei se terá a ver com isso, e os homens talvez tenham mais predisposição, e não se emocionam tanto como as mulheres, talvez sejam mais frios na actuação, sinceramente, eu aí é a única explicação, mas realmente, se formos ver há mais homens e poucas mulheres cardiologistas, isso é um facto, penso que terá que ver com isso”.*

*“lá está, medicina geral e familiar muito mais mulheres, pediatria, a questão da maternidade envolvida”.*

*“a saúde infantil e pediátrica, eu acho se calhar porque as mulheres como são mães têm mais aquela afinidade, eu acho que deve ser por isso”.*

Também associaram os **padrões de género** que emergem na medicina às próprias condições da sociedade, e do senso comum, e preconizaram uma tendência para a mudança:

*“mas isso é uma questão do senso comum, isso traduz o que é a sociedade desde há uns tempos, desde há vários anos para cá, eu acho que isto também vai ter tendência a mudar, não estou a dizer que vão ficar mais mulheres na cirurgia do que homens”.*

**CLASSE 2**  
Aspectos de diferenciação:  
homens, mulheres e  
especialidades profissionais

*“na cardiologia, isto vai-se modificar, isto vai-se modificar, neste momento, acontece isto, mas isto vai-se modificar”.*

Numa outra óptica, justificaram as **diferenças de prestígio** entre as várias especialidades, recorrendo a condições simbólicas:

*“penso que poderá ter a ver com esse peso, quer dizer, dos grandes mestres, quer dizer a cardiologia portuguesa é uma especialidade com um grande peso internacional e, pronto, temos grandes nomes, se calhar tem a ver com isso”.*

*“não sei como é noutros hospitais, mas aqui passa-se assim. Porque eu acho que devia ser tudo por igual, cada um tem o seu poiso, por exemplo, não vejo um enfermeiro de saúde mental a andar com cartazes a dizer que trata dos maluquinhos”.*

Finalmente, quanto às **diferenças ao nível da progressão na carreira**, emergiu, uma vez mais, a estratégia da **naturalização das diferenças** entre homens e mulheres relativamente à orientação para as relações de poder:

*“talvez, talvez. Eu acho que sim. Eu acho que os homens aspiram mais a cargos de chefia do que as mulheres, se quer que lhe diga muito sinceramente. Mas isso tem a ver com o perfil dos dois géneros. As mulheres são ambiciosas, talvez às vezes até sejam mais ambiciosas do que os homens, mas não sei se as mulheres querem ser directoras de serviço, ou chegar a cargos de chefia muito importantes”.*

Nesta classe não emergiram quaisquer associações particulares em termos das variáveis sociodemográficas, o que significa uma contribuição geral dos participantes. A principal variável temática que esteve na sua origem foi aquela que diz respeito às interpretações da distribuição de homens e mulheres pelas especialidades genderizadas (B22). A questão das diferenças de prestígio entre as especialidades (C4), a atribuição das especialidades a homens ou mulheres (B23) e as oportunidades ao nível da progressão na carreira (C1) também contribuíram para a constituição desta classe lexical, embora de forma menos expressiva.

### CLASSE 3 A influência do sexo do utente nas situações de consulta

A última classe é mais representativa, uma vez que concentra 49.75% das UCE's. Foi construída em torno dos efeitos que o sexo do utente produz ao nível das situações de consulta. Apesar de emergir um ponto de vista que preconiza aspectos de indiferenciação entre sexos, as diferenças entre homens e mulheres marcaram os discursos dos profissionais.

As **especificidades das mulheres** em situação de consulta são elaboradas com base nos seguintes aspectos:

Relações de **maior intimidade**, maior **orientação para a comunicação**:

*“portanto, são pessoas que estão disponíveis, acima de tudo, para conversar, conversar de assuntos pessoais, íntimos, muitas vezes querem conversar, e as melhores conversas que tive foram com mulheres”.*

Maior prevalência de **subjectividade sintomatológica, injustificada** do ponto de vista dos sinais objectivos:

*“é completamente diferente, completamente diferente, as mulheres são muito mais fixadas nas mãos, muito mais fixadas em dores que não têm justificação nenhuma, mulheres mais jovens dramatizam muito mais a nível da mão os seus problemas”.*

Novamente a questão das **queixas implícitas**:

*“ou percebemos imediatamente que está cheia de um floreado que não tem a ver com uma doença orgânica, tem a ver com uma coisa funcional, com queixas implícitas, não são queixas explícitas”.*

Por outro lado, apontam-se algumas especificidades ao grupo de homens no plano das consultas e da intervenção:

Maior **resistência** na adesão às terapêuticas:

*“tenho uma maior dificuldade em fazer aderir a uma terapêutica crónica um homem. Convencer um homem, que é hipertenso, a ter que tomar umas pastilhas, é muito difícil, convencer um homem que é diabético, que tem que tomar umas pastilhas e fazer umas dietas, é muito difícil”.*

Maior **objectividade** na verbalização das queixas, mas **mais problemáticos** em determinadas circunstâncias:

*“sem dúvida, sem dúvida. Os homens são muito mais organicistas, isto é, a queixa do homem é orgânica. Normalmente, delimita muito mais facilmente a sua queixa. Mas uma coisa é certa, quando é neurótico, é pior do que as mulheres todas, quer dizer, os piores doentes que eu tenho, os doentes mais maçadores que eu tenho, ao contrário do que possa parecer, não são mulheres, são homens”.*

Também emergiu a ideia da **similitude** entre homens e mulheres ao nível da consulta e dos pedidos de exames:

*“não, não noto diferenças. Nas consultas, eu faço consultas de diabetes com homens e com mulheres; acho que há diabéticos muito complicados, mas não é pelo facto de ser homem ou mulher, não vejo diferença nenhuma do sexo”.*

*“se quero fazer aquelas chamadas rotinas que se fazem de dois em dois anos, peço as mesmas a um homem e a uma mulher. Agora, tenho em atenção os estilos de vida”.*

Finalmente, a percepção que os participantes apresentam sobre a importância que os **outros profissionais de saúde atribuem ao sexo do utente** aponta no sentido da **diferenciação de tratamento** entre mulheres e homens:

*“ah, está-me a dizer em relação ao sexo do utente, em relação aos enfermeiros e outros médicos? Eu acho que eles tratam diferentemente sendo homens ou sendo mulheres”.*

A principal variável que esteve na origem desta classe, diz respeito aos discursos que os participantes construíram em torno da importância do sexo do utente para a prática clínica (B11).

Os conteúdos associados à percepção da importância do sexo do utente para os outros profissionais também mostram alguma associação, embora muito pouco expressiva (B12), bem como uma tênue orientação do sexo masculino para estas dimensões de significado.

## Conclusões

Os resultados da análise Alceste permitiram identificar três contextos temáticos centrais, ao nível das representações dos profissionais de saúde. O primeiro diz respeito às narrativas académicas, centradas nos motivos que orientaram as escolhas de curso e especialidade. Neste plano, não se salientam quaisquer sinais da influência das dimensões de género no contexto da saúde.

A segunda classe temática integra diferentes dimensões associadas a aspectos de diferenciação entre homens/mulheres e especialidades em medicina/enfermagem. Por um lado, os seus conteúdos permitiram racionalizar a assimetria entre o número de profissionais de ambos os sexos ao nível de algumas especialidades médicas e de enfermagem genderizadas. Por exemplo: o argumento da **condição física** justifica a predominância masculina no contexto da enfermagem de reabilitação; a naturalização das diferenças psicológicas entre homens e mulheres explica a dominância masculina na área profissional da cardiologia (maior racionalidade e menor emotividade dos homens, comparativamente às mulheres); a influência das condições sociais e das ideias do senso comum salientam-se na argumentação que é desenvolvida acerca da marcada presença minoritária feminina ao nível da cirurgia. A maternidade é a justificação central para predomínio das profissionais mulheres no domínio da saúde infantil e pediatria.



Por outro lado, as dimensões desta segunda classe destacam condições simbólicas quando se trata de justificar as diferenças de prestígio entre especialidades (por exemplo, a acentuação do prestígio da cardiologia). Finalmente, afirmam aspectos de distintividade nas progressões da carreira de homens e mulheres e justificam-nos a partir de uma estratégia que naturaliza as diferenças entre sexos quanto à orientação para as relações de poder e autoridade – os homens estão *naturalmente* mais orientados para cargos de chefia.

Contrariamente aos resultados obtidos no estudo 1, as representações sobre a influência que o sexo do utente adquire nas situações de consulta foram aquelas que mais se salientaram no contexto deste segundo estudo – tendo em conta a expressividade da terceira classe lexical no conjunto dos resultados (cerca de 50% das UCE's analisadas). Reflectem um posicionamento que distingue entre especificidades das mulheres (elevada orientação para relações mais intimistas e para a comunicação, maior prevalência de queixas implícitas e subjectividade na expressão da sintomatologia) e homens (maior resistência à terapêutica, maior objectividade nas queixas, mas mais problemáticos em determinados casos). Apesar de também ter emergido a perspectiva da indistintividade entre sexos, esta foi menos expressiva.

As dimensões de análise associadas à importância do sexo do profissional, bem como o grau de adequação ao exercício das diferentes especialidades em medicina/enfermagem, não constituíram um aspecto significativo dos discursos dos profissionais. Este resultado não deixa de ser curioso: por um lado, parece contradizer, em certa medida, o afirmado a propósito dos motivos da representatividade de homens e mulheres nas várias especialidades; por outro, por não surgirem no discurso as tradicionais respostas ligadas à Ginecologia/Obstetrícia e Urologia. Contrariamente a este padrão, no estudo 1, os profissionais destacaram essas duas categorias de resposta no conjunto das especialidades.

Os episódios de discriminação positiva/negativa, baseada no sexo, no contexto profissional, também não constituíram um domínio representativo

nos discursos dos participantes. Este resultado leva-nos a colocar as seguintes questões: estariam os profissionais motivados para a exploração deste tema? Ou será que o próprio contexto da saúde se encontra, realmente, isento de situações de discriminação profissional? Os resultados sobre concepções ligadas às desigualdades na progressão na carreira não parecem corroborar a última hipótese.

### Análise documental

### Instrumento de orientação da análise

## CAPÍTULO III

### Género e políticas de saúde

Em pontos anteriores foram clarificados os conceitos fundamentais que justificam aferir da ponderação das especificidades ligadas ao sexo e da perspectiva de género nos documentos orientadores das políticas de saúde.

Questionaremos, portanto, vários textos, procurando a presença e as formas de expressão acerca do sexo e do género, nomeadamente, na identificação da causalidade dos problemas de saúde, na apresentação e análise de indicadores de saúde e na formulação de orientações para a prestação de cuidados.

Como suporte e inspiração desta fase do trabalho, identificámos algumas equipas de investigadores, técnicos e instituições que, nos últimos anos, investiram na análise crítica dos documentos e políticas de saúde dos seus países, sob a óptica do género e da diversidade. São os seguintes: *Swedish International Development Cooperation Agency*, *Health Canada* e *The Women's Health Council* (Irlanda).

A razão desta opção residiu na partilha de pontos de partida ideológicos e conceptuais com este projecto e também por estas instituições explicitarem e divulgarem as perguntas que têm formulado nas suas análises (Health Canada, 2000, 2003; Swedish International Development Cooperation Agency, 1997; The Women's Health Council, 2007).

Como método, identificámos um conjunto de 23 perguntas de orientação<sup>20</sup> (Apêndice V), organizadas pelas seguintes **dimensões de análise**:

<sup>20</sup> Adaptação e organização realizadas por António Manuel Marques.

- *Apresentação e análise de dados estatísticos e epidemiológicos em função do sexo*
- *Referência explícita às necessidades e problemas de saúde específicos de cada sexo*
- *Representações sociais, estereótipos e papéis sociais associados a cada sexo*
- *Adopção da perspectiva de género na definição de políticas de saúde*

Embora naturalmente relacionadas e complementares, as questões colocadas e as dimensões que considerámos para a sua agregação terão como função auxiliar e facilitar a análise documental.

## Seleção dos documentos analisados

Os documentos que, potencialmente, poderiam ser objecto da análise prevista neste projecto são inúmeros. Desde os que são produzidos a nível central pelo Ministério da Saúde até aos que resultam do investimento de outros Ministérios ou entidades públicas e privadas, é fácil identificar e aceder a documentos – legislativos, normativos, técnico-científicos, educativos, informativos, entre outros – cujos temas e objectivos estão relacionados com a saúde e o bem-estar. Por isso, impôs-se a necessidade de identificar critérios de selecção dos documentos que seriam objecto de análise neste estudo.

Assim, a nossa escolha recaiu sobre o “*Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, 2004b), pela centralidade e importância do próprio documento, uma vez que este representa “(...) *um ‘fio condutor’ para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde – governamentais, privados e de solidariedade social – e de outros sectores de actividade, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de ‘Ganhos em Saúde, de 2004 a 2010, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença’*” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.13).

Além disso, a explicitação dos princípios filosóficos, dos objectivos, das estratégias e dos principais dados estatísticos e epidemiológicos acerca dos

níveis de saúde e dos padrões de doença e de mortalidade nacionais (ao longo do ciclo vital) torna possível a realização da análise pretendida.

Dado o carácter exploratório do nosso trabalho e as limitações do mesmo, abstinemo-nos de analisar outros documentos também ricos e importantes, uma vez que o seu alcance e aprofundamento é menor, ainda que estejam directamente relacionados com este Plano Nacional, como é caso de alguns Programas Nacionais de Intervenção Integrada.

## Realização da análise – procedimentos

Sob orientação das dimensões de análise e das questões antes referidas, debruçar-nos-emos sobre o documento<sup>21</sup> em causa, procurando assinalar se e de que forma a perspectiva de género está presente na sua concepção e redacção.

Há que referir, contudo, de uma forma explícita que, no nosso trabalho, não pretendemos adoptar qualquer posição avaliativa da qualidade global do documento nem das ideias fundamentais que nele são expressas. O nosso objectivo é, sinteticamente, usar as ‘*lentes do género*’ (Sen et al., 2002, p. 6) para identificar diferentes versões discursivas e ideológicas acerca da diferença entre os sexos, quando estão em causa problemáticas relacionadas com a saúde e a doença.

## Apresentação e análise de dados estatísticos e epidemiológicos em função do sexo

Na análise desta dimensão tomámos, assim, por referências as questões 1 a 4 do conjunto apresentado no apêndice V. Em primeiro lugar, daremos atenção à desagregação (ou não) de dados estatísticos e epidemiológicos respeitantes a cada sexo bem como à análise das diferenças existentes.

## Apresentação dos dados

São vários os exemplos em que essa desagregação existe, outros em que esta está ausente e outros ainda em que, no mesmo quadro, se apresentam as duas situações.

<sup>21</sup> Neste trabalho de análise e reflexão considerámos o Plano Nacional de Saúde como um único documento, ainda que o mesmo se apresente em dois volumes e que a cada um deles corresponda uma referência bibliográfica própria.

Assim, nas ‘Metas Prioritárias para “Crescer em Segurança – pós-neonatal aos 9 anos” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.54), o indicador “**Risco de Morrer até aos 5 anos**” é apresentado sem discriminação dos sexos. Neste período da vida, nomeadamente, pela influência directa do valor respeitante às mortes por causas externas, já são nítidas as diferenças entre rapazes e raparigas (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 197-8), um facto que não é valorizado na apresentação dos dados.

Já no caso das ‘Metas Prioritárias para “Uma juventude à procura de um futuro saudável – dos 10 aos 24 anos” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.54) alguns indicadores são apresentados de modo agregado, enquanto noutros se discriminam os sexos. Também aqui, as taxas de **mortalidade** no intervalo de idades em causa surgem agregadas quando, de forma evidente, as diferenças entre os sexos são ainda mais notórias (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.201 e ss)<sup>22</sup>, sobretudo se considerarmos as suas causas e o peso das mortes por causas externas<sup>23</sup>. No entanto, este facto é destacado no Volume II do documento (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.31) da seguinte forma:

*“Começam a emergir as diferenças significativas entre as principais causas de morte para adolescentes do sexo masculino e feminino, particularmente no que se refere às causas externas.”*

Os **acidentes de viação** constituem-se como um domínio em que os dados por sexo são extremamente pertinentes, dada a esmagadora preponderância estatística de mortes e lesões no sexo masculino (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.207). Tal facto é menosprezado na apresentação de indicadores e definição de metas, uma vez que se recorre à figura de ‘indivíduos’ em lugar da desagregação por sexos (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.60).

<sup>22</sup> Uma constatação que se aplica também às Metas Prioritárias para “Uma vida adulta produtiva – dos 25 aos 64 anos” e Metas Prioritárias para “Um envelhecimento Activo – 65 ou mais” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.55-6, 2004b, p.206 e ss), ainda que, noutro capítulo, se valorize a preponderância numérica do sexo masculino (op.cit., p.32).

<sup>23</sup> Fenómeno analisado por Prazeres (2003) e por Laranjeira e Prazeres (2005).

A mesma tendência para não considerar a predominância numérica do sexo masculino, do **abuso e consumo de álcool**, bem como de doenças e da mortalidade associada e a esse consumo (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.101, 203 e 208) orienta-se pelo mesmo princípio da homogeneização dos sexos, pelo que se utilizam indicadores e rácios baseados no termo ‘pessoa’ (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.60).

## Análise dos dados

Genérica e tendencialmente, os dados relativos a cada sexo, bem como as diferenças significativas e patentes, não são objecto de análise interpretativa ou mesmo de comentários apreciativos. Essa constatação é notória tanto no volume de *definição de prioridades* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a) como no de *definição de estratégias* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b).

Com efeito, à apresentação dos dados não se associa um esforço interpretativo das diferenças assinaladas, nem é mobilizada a investigação que, potencialmente, sustentaria a compreensão dos fenómenos, como é claro nos exemplos seguintes:

*“(...) as **mulheres** consideram o seu estado de saúde como “mau” ou “muito mau” mais frequentemente do que os **homens**, podendo observar-se uma diminuição entre os dois INS.”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p. 31; destacado nosso).

*“A mortalidade por cancro em Portugal estabilizou. A mortalidade global por cancro é mais elevada nos **homens** do que nas **mulheres**. Portugal representa na UE, para a mortalidade por cancro nos homens, uma das excepções à tendência actual, que é de crescimento.”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p. 30; destacado nosso).

*“O consumo de tabaco em Portugal tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos (...), sendo o **sexo masculino** o principal responsável por esta diminuição (com excepção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da*

*prevalência de fumadores). Está, no entanto, a aumentar o consumo de tabaco no sexo feminino de forma preocupante.” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.101; destacado nosso).*

Salienta-se, uma vez mais, que nesta apreciação não desvalorizamos os propósitos e o carácter específico do Plano Nacional de Saúde, pois estes podem justificar, ainda que parcialmente, o não aprofundamento da análise de dados e a fundamentação conceptual das medidas de acção. Todavia, paradoxal e justamente, julgamos que são as características próprias desse documento e a sua importância na orientação das políticas de saúde, aos níveis nacional, regional e local, que justificam, no futuro, um investimento analítico adequado.

#### **Referência explícita às necessidades e problemas de saúde específicos de cada sexo**

Sob a orientação desta dimensão de análise (questões 5 a 10 da lista do apêndice V), procuraremos analisar como são explicitadas as necessidades e os problemas de saúde relativos a cada um dos sexos.

Como vimos no estudo da dimensão de análise anterior, são numerosas as referências às diferenças entre os indivíduos dos dois sexos no que respeita a vários indicadores e metas de saúde. Neste ponto, trata-se, contudo, de uma tentativa de aproximação ao modo como as mulheres/raparigas e os homens/rapazes são objecto de explicitação e destaque no documento referido.

Importa-nos, sobretudo, questionar os modos e os contextos em que surgem análises e definições de estratégias de acção que pretendam agir positivamente sobre a saúde de cada um dos sexos.

As necessidades de saúde de homens/rapazes e de mulheres/raparigas aparecem com alguma insistência no documento em análise. Ao percorrer o item “*Estratégias Para Obter Mais Saúde Para Todos*” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.25 e ss.), o qual se organiza, nomeada-

mente, pelas várias fases do ciclo vital, é muito variável o grau de explicitação do valor reconhecido à especificidade dos sexos.

Tomemos como exemplo o excerto mais explícito, o qual procura sintetizar os principais problemas de saúde dos **adultos** de ambos os sexos e que carecem de intervenção prioritária (op.cit., p.32)<sup>24</sup>:

#### **“Problemas específicos das mulheres”**

*Os problemas específicos das mulheres, nomeadamente os relativos à reprodução, menopausa e outros problemas que parecem afectar as mulheres de uma forma diferente, como as doenças do aparelho circulatório, a SIDA, perturbações nutricionais, a osteoporose, o cancro da mama, o abuso sexual, a violência doméstica e outras IST, não têm tido estas especificidades reconhecidas explicitamente nos diversos programas de acção.*

*Para as mulheres, são os tumores malignos a principal causa da mortalidade observada, que se mantém estável, seguida das causas externas, que mostram uma tendência decrescente.*

#### **“Problemas de saúde que prevalecem nos homens”**

*As causas externas permanecem a principal causa da mortalidade observada nos adultos do sexo masculino, no grupo etário dos 25 aos 44 anos, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, ambas reflectindo uma tendência para diminuir.*

*De notar que nas doenças infecciosas e parasitárias se inclui a mortalidade por SIDA, que, em 2001, representava 85,5% da mortalidade observada por esta causa. Para o grupo etário dos 45-64 anos, a mortalidade entre os homens é também superior à verificada para as mulheres, apresentando uma tendência decrescente.”*

Constata-se o desejo de sublinhar, de modo sintético, os indicadores de saúde e de doença apresentados no documento, salientando dois padrões definidos em função do sexo. Enumeram-se as principais causas de morbi-

<sup>24</sup> Adaptação gráfica nossa, nomeadamente o uso de sublinhado.

mortalidade em cada sexo, reconhecendo as diferenças principais, o que pode ser interpretado como uma vontade de não homogeneização do ser adulto e de uma provável sustentação das estratégias de intervenção.

Todavia, a sinalização dos padrões de saúde e de doença de cada sexo não é sujeita à complexificação analítica de género, ainda que deva ser sublinhada a reflexão crítica acerca do fraco investimento, em algumas áreas específicas das mulheres, “*nos diversos programas de acção*”<sup>25</sup>. Em consonância com essa avaliação, no tópico ‘Orientações estratégicas e intervenções necessárias’, defende-se a seguinte ideia:

*“Deverão ser explicitadas nos programas e intervenções, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários e das acções dos serviços de saúde pública, especificidades na acção sensíveis às diferenças entre os géneros.”*<sup>26</sup> (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.32).

Tal facto pode ser encarado como um indício da adopção – ainda não suficiente, parece-nos – da perspectiva de género no trabalho dos profissionais com responsabilidades no estudo das problemáticas da saúde e na definição das políticas do sector.

No comentário ao excerto anterior, chamámos a atenção para a *insuficiência* da aplicação do ‘*olhar do género*’ sobre os fenómenos da saúde e da doença. Na globalidade deste item de definição de estratégias, a partir dos principais problemas de saúde, deve ainda assinalar-se a *inconstância*, a *inconsistência* ou mesmo a *ausência* absoluta desse olhar.

Esta afirmação é baseada na análise da orientação ideológica e da observação dos problemas de saúde e da projecção de intervenções quanto às restantes fases do ciclo de vida, como sejam, a infância, a juventude e a velhice (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 28-32, 33-36). Vejamos com atenção alguns dos exemplos.

<sup>25</sup>Ver excerto sublinhado.

<sup>26</sup>Interrogamo-nos, contudo, se o sentido atribuído a ‘género’ não se sobrepõe ao de ‘sexo’, um fenómeno já descrito e comentado neste texto.

No item relativo à **juventude** (op.cit., p. 30-1), é patente alguma preocupação em caracterizar os principais problemas de saúde de raparigas e rapazes, reconhecendo o que os distingue.

Assim, quanto às **raparigas**, “(...) *verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais*” (...) e, quanto aos **rapazes**, constata-se a importância “(...) *da morbilidade e mortalidade por acidentes* (...)” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 30).

Por outro lado, os “(...) *comportamentos potencialmente aditivos, relacionados, nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas* (...)” são directamente associados à categoria ‘**jovens**’, sem fazer referência à incidência e prevalência distintas em cada sexo, as quais não são menos prezáveis (op.cit., p.202-3).

A “(...) *maternidade e paternidade precoces, em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos* (...)” são referidas como uma das áreas problemáticas quanto a esta fase do ciclo de vida (op.cit., p.30). Neste domínio específico, assume-se que este é, potencialmente, um problema que envolve ambos os sexos, mas não se distingue como este afecta diferentemente rapazes e raparigas. Posteriormente, um estudo nacional viria a pôr em evidência a não sobreposição entre as idades de pais e mães adolescentes (Prazeres, Laranjeira, & Oliveira, 2005, p. 14-6), um aspecto que, na caracterização do problema, na definição de estratégias e na adopção de medidas, deve ser tido em conta, para que se possa considerar a sua máxima complexidade e o género seja encarado e assumido como um determinante da saúde.

A expressão ‘**criança**’ é sistematicamente utilizada no item “*Crescer em Segurança*” (op.cit., p.28 e ss), assumindo-a como uma categoria que homogeneiza rapazes e raparigas, anulando, portanto e em absoluto, todo o conhecimento acerca das diferenças estatística e epidemiologicamente observadas (e.g. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.54), ainda que nenhum dos sexos seja assumido como norma<sup>27</sup>.

<sup>27</sup>Uma forma de introduzir viéses de género no campo da saúde, como dizem Alexanderson e colegas (1998).

Desta forma, é lícito afirmar-se que a diferença entre as necessidades e problemas de saúde de raparigas e rapazes (até aos 10 anos) não é considerada como pertinente. Como se opta pela construção de um grupo homogéneo e desgenderizado, lesa-se, a nosso ver, a possibilidade de organizar estratégias que melhor respondam a problemas multideterminados como seja, por exemplo, a mortalidade por causas externas.

Não deixa de ser interessante que a complexidade desse problema concreto é, aparentemente, tida em conta, mas o que é afirmado pode ser discutível do ponto de vista ideológico e conceptual:

*“As causas externas envolvem questões sociais difíceis de prevenir entre as crianças e têm vindo a adquirir menor peso relativo na morbimortalidade reconhecida neste grupo etário”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.29).

Tratando-se, de facto, de um problema com raízes sociais potencialmente complexas, julgamos que, mesmo assim, ou por isso, mereceria uma atenção maior ao nível da prevenção, até por se tratar de uma das principais causas de morte nestas idades e por esta ser claramente marcada pelo efeito do género (op.cit., p.196).

A expressão ‘**idosos**’ tem, no contexto do documento em análise, a função de anulação das diferenças entre os sexos, o que é conseguido pela quase ausência de atenção às necessidades e problemas particulares dos homens e das mulheres<sup>28</sup>. Atentemos no seguinte parágrafo, quanto a nós, significativo:

*“Sai-se do mercado de trabalho sem planeamento de actividades alternativas e cai-se no isolamento físico e psicológico e na perda de relações sociais, surgindo a depressão e o suicídio.”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.33)<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Com uma excepção que referiremos adiante.

<sup>29</sup> Sublinhado nosso.

Como referem Alexanderson e colegas (1998, p.154), as afirmações e as mensagens acerca da saúde que são aparentemente neutras do ponto de vista do género têm, muitas vezes, como referente implícito um dos sexos, sobretudo o masculino. O excerto anterior pode ser interpretado nesse sentido, uma vez que, no nosso entendimento, é o ser masculino que está a ser, simbolicamente, visado.

Por um lado, a ética do trabalho e a representação de ‘trabalhador’ tem mantido ao longo dos anos uma associação mais próxima dos homens do que das mulheres (Cheng, 1996a; Collinson & Hearn, 2001; Hearn & Collinson, 1994); por outro, a investigação tem mostrado que os efeitos negativos da aposentação na saúde em geral e na saúde mental são tendencialmente mais severos para o sexo masculino (Clarke, Marshall, & Ballantyne, 2001; Lobeck, Thompson, & Shankland, 2005)<sup>30</sup>; por último, quanto a Portugal e nesta fase da vida, o suicídio é manifestamente superior nos homens (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.211).

Na caracterização da situação actual dos cuidados de saúde a idosos, é defendido o seguinte: *“É indispensável uma maior atenção às particularidades em função do género (as mulheres vivem mais anos que os homens, mas o sexo feminino tem uma esperança de vida sem incapacidades mais reduzida que o sexo masculino)”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.34).

A nosso ver, não são apenas as diferenças na esperança de vida e nos padrões de morbilidade de ambos os sexos o único argumento para a adopção da perspectiva de género na saúde, mas assinalamos esta referência como um indicador de alguma preocupação com o tema. Todavia, é preciso notar que, neste excerto, o conceito de género é assumido como sobreponível ao de sexo, não havendo, efectivamente, uma assumpção analítica de que, como já vimos, o primeiro carece. Por essa linha de pensamento, corre-se o sério risco de associar a causalidade dos fenómenos de saúde apenas ao sexo (Kim & Nafziger, 2000).

<sup>30</sup> Ainda que a relação entre a vivência da aposentação e o impacto específico na saúde mental não seja linear, dada a rede complexa de factores em interacção (e.g. Drentea, 2002).

### Representações, estereótipos e papéis sociais

Nesta dimensão de análise, orientamo-nos pelas questões 11 a (ver apêndice V), procurando no documento já citado a presença de representações sociais e estereótipos de género. Não assumimos, contudo, como pressuposto que iríamos, forçosamente, identificar a expressão de representações sociais e estereótipos de género, uma vez que as questões de partida precederam a análise e, como dissemos, advêm da revisão de literatura e da inspiração de estudos semelhantes.

Não esquecemos que a natureza e os objectivos do Plano Nacional de Saúde podem determinar um fraco grau de explicitação das representações, estereótipos e papéis sociais associados às raparigas/mulheres e aos rapazes/homens. Ou seja, a forma como são expressas as prioridades e as estratégias de saúde talvez não suscite facilmente o uso de discursos claros e determinados do ponto de vista das concepções acerca dos sexos, mas essa possibilidade existe.

Com essa condicionante, inviabilizando análises profundas e exaustivas, assinalaremos em seguida alguns tópicos que têm sido objecto de outros trabalhos e que, em nossa opinião, deverão merecer alguma reflexão futura.

A “*prioridade aos mais pobres*” é, expressamente, uma das estratégias gerais orientadoras deste Plano (e.g. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.39), mas a possível relação entre as **desigualdades sociais** e a estratificação social com o género, enquanto determinante da saúde, é estabelecida de forma ténue.

Esta é, com efeito, uma relação raramente focalizada por investigadores nacionais e tem sido pouco valorizada nas intervenções de saúde. Porém, vários autores internacionais têm apelado à necessidade de a considerar nos estudos sobre a construção social do género, uma vez que os contextos de vida e o posicionamento social criam padrões, manifestações e processos distintos nessa construção (e.g. Bromley, 2000; Connell, 1987; Knights & Willmott, 1986a).

Deve assinalar-se, contudo, uma das raras excepções em que, no PNS, se afirma peremptoriamente a necessidade de proceder ao cruzamento conceptual e estratégico entre a estratificação social e a saúde das mulheres:

*“Subsistem franjas da população com cuidados de saúde reprodutiva inadequados: em particular as mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos, onde permanece elevada a percentagem de gravidezes com vigilância inadequada.”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p.27)<sup>31</sup>.

Trata-se de um domínio específico da saúde e, como se aprecia no excerto anterior, diz respeito às mulheres que se reproduzem. Outro excerto, ainda, mas com um carácter implicitamente mais abrangente, refere-se também ao domínio da saúde reprodutiva:

*“Continuar-se-ão a desenvolver acções dirigidas a públicos específicos, como, por exemplo, adolescentes e os grupos mais vulneráveis – minorias pobres urbanas – que apresentam piores indicadores na área da saúde reprodutiva”* (op.cit., p.28).

Na nossa óptica, valeria a pena tomar estes exemplos como uma forma de pensamento aplicável a outros domínios da saúde e, em simultâneo, à análise da heterogeneidade dos indivíduos e das populações.

São feitas várias alusões às necessidades de saúde particulares das populações **migrantes** e à intenção de adoptar estratégias de acção a elas dirigidas (e.g. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p.43, 2004b; p.39-40). Estas alusões não consideram, contudo, a possibilidade de efeitos do género nos níveis de saúde e nos padrões de doença.

A **orientação sexual** é expressamente referida quando se alude, diversas vezes, a pessoas de orientação homossexual (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 40, 42-3, 45- 6). Genericamente, no documento em causa, a alusão a outras orientações sexuais é, portanto, residual, ficando implícitos os comportamentos heterossexuais na identificação de problemas de saúde ou projecção de intervenções<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Sublinhado nosso.

<sup>32</sup> A título de exemplo, nos itens “Nascer com Saúde” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 26), “Uma Juventude à Descoberta de um Futuro Saudável” (maternidade e paternidade) (op.cit., p.30-1).



É, justamente, no domínio dos comportamentos de risco face às IST que, a nosso ver, conviria introduzir alguma reflexão acerca da ideologia difundida através do texto e da incoerência de algumas afirmações. Referimo-nos, em concreto à inclusão insistente dos ‘homossexuais’ como fazendo parte das “(...) populações específicas, classicamente relacionadas com a aquisição de IST (...), a par de (...) migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, (...) adolescentes, jovens adultos e reclusos.” (op.cit., p.40).

Parece-nos que o conceito de ‘grupo de risco’ está subjacente à categorização das pessoas de orientação homossexual como uma ‘população específica’ caracterizada por um risco acrescido de contrair uma IST. Para além desse conceito ter sido abandonado há vários anos, por se ter assumido que estão em causa os comportamentos e não os ‘grupos’, os dados epidemiológicos com data aproximada à do PNS já destacavam os comportamentos heterossexuais como ‘categoria de transmissão’ altamente preocupante (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2007, p.8)<sup>33</sup>.

Quando se pretende questionar o **envolvimento masculino** em domínios como a saúde infantil, regulação da fertilidade e prevenção das IST<sup>34</sup>, aceita-se como pressuposto que estes tendem a ser associados às mulheres, pelo menos em termos das representações e das práticas dominantes na sociedade portuguesa (Marques, 2002; Nodin, 2001; Roque, 2001). Ou seja, a possibilidade desses domínios da saúde não serem encarados como responsabilidade exclusiva (ou quase total) das mulheres, mas sim como necessitando de partilha com os homens, sugerirá que, no documento em estudo, se deseja contrariar a acentuação das diferenças e a manutenção das desigualdades entre os sexos.

Os termos ‘família’ e ‘pais’ surgem intimamente associados ao domínio da saúde infantil e juvenil (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 28-9; 32), realçando a primeira como setting prioritário e os se-

<sup>33</sup>O que também é reconhecido no PNS, quando se realça que a (...) população heterossexual (actualmente o principal motor da epidemiologia desta infecção [VIH]) (...) (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 45-6).  
<sup>34</sup> Uma das questões incluídas nesta dimensão de análise (ver apêndice V).

gundos como figuras fundamentais do processo de socialização e, logo, como agentes activos na prevenção da doença e adopção de comportamentos promotores de saúde. Do ponto de vista linguístico, não há, portanto, espaço para questionar os papéis atribuídos a cada sexo, ainda que, do ponto de vista simbólico, nos interroguemos se, efectivamente, esses termos englobam, em igualdade, homens e mulheres.

É numa referência ao período pré-concepcional que surge claramente uma orientação estratégica que preconiza o envolvimento masculino, através do uso da expressão ‘casais’:

*“Aumentar-se-á o número de casais que efectua uma consulta médica no período pré-concepcional com o objectivo de preparar a gravidez.”* (op.cit., p. 27)<sup>35</sup>.

É também no campo da saúde reprodutiva que se identifica um dos poucos sinais de adopção de uma perspectiva ideológica que procura contrariar a associação exclusiva dos direitos sexuais e reprodutivos ao universo feminino, através da seguinte afirmação:

*“Assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados.”* (op.cit., p. 28)<sup>35</sup>.

O conceito de família é usado inúmeras vezes ao longo do PNS mas, como não é clarificada a diversidade dos seus significados, julgamos não ser possível avaliar que **tipo de família** é considerado. Do ponto de vista gráfico, porém, o documento é ilustrado, no interior e no exterior, por um agrupamento de quatro figuras humanas, um homem, uma mulher, um rapaz e uma rapariga, uma forma vulgar de representação da família nuclear. Esta ilustração pode ser interpretada em sentido diverso, mas parece-nos importante que seja dada atenção aos aspectos simbólicos, pois estes são difusores de ideologias, neste caso, acerca do género.

<sup>35</sup>Sublinhado nosso.

**Adopção da perspectiva de género na definição de políticas**

Esta dimensão de análise inclui sete questões (17 a 23, ver apêndice V) que, de certa forma, sintetizam aquelas que orientaram as análises anteriores. Ainda que estejam em causa aspectos mais globais acerca da inclusão do ‘olhar do género’ no Plano Nacional de Saúde, as questões colocadas são bastante incisivas. Seguiremos, com proximidade, essas questões na análise que se segue.

Parece-nos que as apreciações anteriores nos autorizam a afirmar que, genericamente, o Plano Nacional de Saúde não incorpora a perspectiva de género no seu ponto de partida. Mesmo que, de modo subjacente, exista alguma relação entre esta e os valores orientadores do documento, como (...)

*“a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade”* (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p. 25), não nos parece bastante para uma verdadeira integração da perspectiva de género.

Para que tal ocorra, é preciso uma atenção efectiva, patente e sistemática à interacção dos factores biológicos e sociais, uma visão genderizada das desigualdades que determinam os níveis de saúde e os padrões de doença de cada sexo, da distribuição dos recursos, das formas de organização e das práticas dos profissionais (Sen et al., 2002; Theobald et al., 2006).

No documento em apreço, não diríamos que existe uma total insensibilidade face ao género, mas sim uma fraca reflexão e pouco aprofundamento de conceitos, o que resulta numa clara indecisão, assimetria e incongruência no seu uso. Como base dessa observação e, possivelmente, sendo uma das causas subjacentes, está a não mobilização do já vasto conhecimento existente acerca das diferenças de género, tanto em termos genéricos como no domínio da saúde, o que é nítido nas fontes bibliográficas citadas.

As nossas afirmações são sustentadas pelas análises seguintes:

- O conceito de género não é definido, nem de forma sucinta, em qualquer

das partes do texto;

- Os conceitos de ‘sexo’ e de ‘género’, como já fizemos notar, são usados como sobreponíveis ou, aparentemente, de forma inconsequente, predominando a sua assumpção como sinónimos ou o segundo como uma versão modernizada do primeiro;
- Quando a caracterização dos fenómenos de saúde e de doença se baseia em dados estatísticos e epidemiológicos desagregados por sexo, as diferenças observadas entre ambos são muitas vezes omitidas e praticamente desvalorizadas em termos analíticos;
- A projecção de estratégias de acção baseadas nessa caracterização segue no mesmo sentido, sendo pontuais os exemplos em que se ensaia a alusão à necessidade de considerar o que é distinto em cada sexo;
- A neutralidade face ao sexo e ao género não parece ser deliberadamente procurada, mas o menosprezo pela sua importância acaba por produzir esse efeito.

A presença de efeitos directos do sexo e do género foi identificada, assinalada e comentada em alguns excertos e itens do documento, mas as nossas análises sustentam a afirmação de que, globalmente, o género não é tratado como um dos determinantes da saúde.

A perspectiva da multideterminação da saúde é, claramente, uma das linhas de orientação do Plano Nacional de Saúde, ainda que com graus de explicitação variáveis consoante os problemas de saúde em causa, os contextos ou as sub-populações. Como também antes referimos, julgamos que, em termos gerais, não é salientada a influência do género noutros determinantes da saúde (por exemplo, a estratificação social, a exclusão social, factores demográficos, geográficos, económicos e políticos).

Pensamos que a explicitação no documento<sup>36</sup> de princípios e conceitos sobre género e saúde e uma sistematização, ainda que sintética, do conhecimento disponível acerca da influência do mesmo nos fenómenos de saúde e de doença facilitariam o enquadramento de grande parte dos

<sup>36</sup> Por exemplo, no item “Ponto de Partida” (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004a, p. 29).

dados e indicadores relacionados com esse domínio.

De modo mais claro, se os conceitos de sexo e de género tivessem sido objecto de clarificação prévia<sup>37</sup> e se o género tivesse sido assumido como um dos determinantes da saúde<sup>38</sup>, a atribuição de significado às diferenças sinalizadas nos dados ou observações respeitantes a homens e mulheres e raparigas e rapazes teria sido facilitada e promoveria o adopção da perspectiva de género. Por esse caminho, mesmo sem aprofundar esse tipo de análise, assumir-se-ia, pelo menos implicitamente, o não esquecimento ou desvalorização dos factores psicossociais associados ao género que ajudam a interpretar as diferenças entre sexos para que os dados apontam. A mera constatação dessa diferença e a sua assumpção como um facto, possivelmente associado ao primado do biológico, seriam, assim, contrariadas.

Assumir essa outra perspectiva nos documentos orientadores das novas políticas de saúde ou na revisão dos actuais afigura-se, assim, como uma tarefa de grande relevância.

<sup>37</sup> Como é discutido, entre outros, por Kim & Nazfzieger (2000, p.1) e como descrevemos anteriormente.

<sup>38</sup> No sentido que revimos anteriormente (e.g. Davidson et al., 2006; Doyal, 2002).

## CAPÍTULO IV

### Considerações finais

Diversas matérias relevantes no domínio das semelhanças e diferenças na saúde de homens e mulheres ficaram por abordar neste documento. A este propósito, refira-se, a título de exemplo, as questões ligadas ao universo da sexualidade e das relações íntimas, em particular o das disfunções sexuais, ou o estudo do perfil de procura de cuidados por parte de homens e mulheres.

Por outro lado, não foi explorada, na íntegra, a riqueza dos testemunhos prestados pelos profissionais de saúde, aquando da realização dos estudos empíricos levados a cabo, insuficiência que se deseja poder resolver num futuro próximo.

É possível, contudo, deixar expressas, à guisa de conclusão, algumas ideias que estimulem o desenvolvimento do *gender mainstreaming* na concepção das políticas de saúde, na dinâmica funcional dos serviços e na adequação e qualidade dos cuidados prestados a homens e mulheres.

- As desigualdades em saúde são o resultado de um complexo sistema que intervém a nível global, nacional e local e que marca a forma como as sociedades se organizam e geram diferentes posicionamentos e hierarquias entre os cidadãos. O lugar ocupado por cada indivíduo no tecido social condiciona o impacte, positivo ou negativo, que nele podem ter as determinantes da saúde, ao nível de exposição a factores de risco, à vulnerabilidade à doença e às consequências que desta advêm (Marmot, 2007).
- Muitas das desigualdades em saúde entre populações, e no interior das mesmas, são evitáveis. Não existem, necessariamente, razões biológicas para que, por exemplo, se verifique uma diferença de cerca de 48 anos na esperança média de vida entre Japão e Serra Leoa, ou de 20 anos entre diferentes comunidades australianas.

- A resolução deste tipo de diferenças na saúde (frequentemente evitáveis e, por isso, injustas, consubstanciando iniquidades) pode, e deve, ser equacionado também quando se estratificam as populações por sexo, onde um numeroso contingente de diferenças, quer biológicas, quer socialmente construídas, necessita de ser melhor investigado, valorizado e ponderado nas decisões políticas, nas medidas de saúde pública e nos procedimentos clínicos tomados. Trata-se de uma verdadeira questão de direitos humanos e, por isso, de justiça social (Marmot, 2005).
- Assim, o desafio é, em primeiro lugar, o de assegurar igualdade de oportunidades na procura e no usufruto dos recursos e dispositivos que ambos os grupos necessitam para a realização dos respectivos potenciais de saúde (Doyal, 2000).
- Para tal, torna-se necessário, não somente identificar, por si sós, as necessidades próprias de cada um dos dois grupos (e as comuns), mas também o modo através do qual as formas correntes de organização social colocam constrangimentos diferentes a homens e mulheres, no que respeita à satisfação das mesmas (Doyal, 2000).
- Assim, homens e mulheres beneficiarão de novas abordagens das questões da saúde baseadas no reconhecimento das influências de sexo e de género nos factores sociais, económicos, culturais, geográficos e comportamentais que marcam a saúde dos indivíduos (Pinn, 2003).
- Mas, embora se verifique que os indivíduos com estatuto socio-económico menos privilegiado detêm, em média, níveis de saúde mais precários, deve evitar-se uma leitura simplista que atribua a tal facto a justificação única para os indicadores de saúde menos favoráveis que mulheres e homens possam apresentar. Por outro lado, se a assimetria entre sexos face ao eixo do poder redundar, em termos genéricos, em benefício dos homens, não deixa de ser verdade que, no campo específico da saúde, essa vantagem nem sempre se manifesta.
- Não só as relações de género podem influenciar a expressão e interpre-

tação dos traços biológicos, como também as características biológicas ligadas ao sexo podem, em alguns casos, gerar ou amplificar diferenças de género em saúde. Também por isso, há que ter melhor entendimento e ponderação acerca de quando, e em que medida, o género, a biologia, ambos, ou nenhuma, condicionam a saúde de homens e mulheres (Krieger, 2003).

- Tal complexidade constitui uma das razões essenciais para que o género, mediador da acção da generalidade das outras determinantes da saúde, simultaneamente subtil e poderoso, seja devidamente ponderado nas intervenções, neste domínio.
- A reflexão sob uma perspectiva de género, enquanto princípio organizador e ferramenta que permite aprofundar a concepção e análise da informação, contribui para clarificar as diferenças e semelhanças entre sexos no que respeita a padrões relacionais, realidades sociais, expectativas de vida e circunstâncias económicas. Permite identificar melhor os mecanismos pelos quais estas variáveis condicionam a saúde de homens e mulheres, o acesso aos sistemas de saúde, o usufruto de cuidados e as interações com os profissionais (Health Canada, 2000).
- O género, enquanto determinante da saúde, intervém na vida de mulheres e homens de forma diferente, condicionando: a exposição a factores de risco; o acesso à informação e o entendimento sobre a prevenção, o controlo e a vivências das doenças; a experiência subjectiva da doença e o significado social da mesma; as atitudes pessoais em relação à preservação da própria saúde e à dos outros elementos da família; os padrões de utilização dos serviços e a percepção sobre a qualidade dos cuidados; o processo de prestação de cuidados; a efectividade e a qualidade de resposta às necessidades específicas dos utilizadores, de ambos os sexos (Women's Health Association of Victoria, 2001).
- Para desenvolver o planeamento e as práticas em saúde mais adequadas é necessário, cada vez mais, a nível das tomadas de decisão e dos processos, ter em conta as desigualdades entre homens e mulheres e as ini-

quidades de género. Para tal, estabelecer um perfil de saúde das populações que assente na desagregação por sexo dos dados epidemiológicos encontrados, sempre que possível e apropriada, constitui um instrumento de trabalho incontornável.

- É colocando questões sobre os efeitos, previsíveis ou constatados, de uma política, um programa, um serviço, um recurso ou uma intervenção nos homens e nas mulheres que a resposta adequada às necessidades de saúde em ambos os sexos poderá ser acautelada.
- Uma abordagem baseada no género é um instrumento que contribui, para conhecer melhor a saúde de homens e mulheres e para tomadas de decisão “baseadas na evidência”, assentes numa perspectiva de análise mais ampla e interdisciplinar (Women’s Health Council, 2007). O conceito interdisciplinar de medicina do género tem que ser encarado através da integração de estudos sociais e culturais na investigação e prática médica (Kampf, 2006).
- Constatada uma aparente anomia dos profissionais para as questões de sexo e género na saúde, conforme os estudos atrás relatados sugerem, há que reforçar a sensibilização e a preparação técnica em tais matérias, nas diferentes carreiras, nomeadamente, nas da Medicina e da Enfermagem.
- Para que tal seja viável, há que estimular nos currícula académicos e profissionais o desenvolvimento de abordagens sensíveis ao género, nos respectivos conteúdos, linguagens e processos. É necessário assegurar que, neles, mulheres e homens se encontram igualmente representados, quando apropriado, que os homens não são retratados como o protótipo da normalidade (e as mulheres como desviantes em relação à norma), que a linguagem usada é inclusiva para ambos os sexos e que a saúde das mulheres não se restringe à esfera reprodutiva.
- Através da eliminação ou, pelo menos, da tomada em consideração das subtis estereotípias, frequentemente não intencionais, empregues nos suportes didácticos (textos e ilustrações) e nos exemplos clínicos para es-

tudo, os educadores médicos podem tomar em mãos uma muito necessária melhoria curricular em matéria de saúde, sexo e género (Zelek, Philips & Lefebvre, 1997).

- Para incrementar uma perspectiva de género na educação médica afigura-se necessário que os professores, de um sexo e do outro, participem no processo e assumam-no como importante. Para facilitá-lo, e para cativar os docentes para este envolvimento, há que motivar, em particular, os do sexo masculino (Risberg, 2003).

Deseja-se assim, que, o presente documento possa constituir um estímulo para que o estudo mais aprofundado das semelhanças e diferenças na saúde de mulheres e homens, mediante uma perspectiva crítica de género, reverta em benefício de ambos os sexos, com a obtenção de mais ganhos em saúde. É para isso que aponta a Organização Mundial de Saúde, ao aprovar, no decurso da 57.ª Sessão do Comité Regional para a Europa, ocorrida em Setembro último, uma resolução sobre “Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy”, na qual se exorta os Estados Membros a:

- Integrarem considerandos sobre género no planeamento estratégico e operacional, assim como no orçamento das acções;
- Contemplar as questões de género nas políticas de saúde;
- Assegurar que uma perspectiva de igualdade de género está presente nos serviços prestadores de cuidados de saúde, incluindo os destinados a adolescentes e jovens;
- Colectar e analisar dados informativos em saúde desagregados por sexo;
- Concretizar progressos no sentido da igualdade de género no sector da Saúde (OMS, 2007).

É nesse mesmo sentido que, na monografia Health in Portugal 2007, se afirma, no sumário executivo, que “(...) *as gender is now recognized as a determinant factor and a priority in the health agendas, the challenge turn out to be to develop innovative strategies to endorse gender mainstreaming in health programmes (...)*” (DGS, 2007).

## Referências

Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: Theory of gendered organizations. *Gender & Society*, 4, 139-158.

Acker, J. (1998). The future of 'gender and organizations': Connections and boundaries. *Gender, Work and Organization*, 5 (4), 195-206.

Acker, J. (2006). Inequality regimes. Gender, class, and race in organizations. *Gender & Society*, 20 (4), 411-464.

Alexanderson, K. (1999). An assessment protocol for gender analysis of medical literature. *Women & Health*, 29 (2), 81-98.

Alexanderson, K., Wingren, G., & Rosdahl, I. (1998). Gender analysis of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational medicine and public health. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, 11 (2), 151-163.

Amâncio, L. (1993a). Níveis de análise no estudo da identidade social. *Análise Psicológica*, XI, 213-221.

Amâncio, L. (1993b). Stereotypes as ideologies, the case of gender categories. *Aprendizagem - Revista de Psicologia Social*, 8 (2), 163-170.

Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino. A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.

Amâncio, L. (1995). Social identity and social change. The case of gender categories. In L. Amâncio & C. Nogueira (Eds.), *Gender, management and science*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Amâncio, L. (2001). O género na psicologia: Uma história de desencontros e rupturas. *Psicologia*, XV (1), 9-25.

Amâncio, L. (2003c). O género nos discursos das ciências sociais. *Análise Social*, xxxviii (168), 687-714.

Amâncio, L. (2004). Aprender a ser homem. Construindo masculinidades. Lisboa: Livros Horizonte.

Bandura, B., & Kickbusch, I. (1991). *Health promotion research: Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: WHO European series n.º 37.

Barreto, M. L. (1998). Por uma epidemiologia da saúde colectiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1 (2), 104-122.

Bedinghaus, J., Leshan, L., & Diehr, S. (2001). Coronary artery disease prevention: What's different for women. *American Family Physician*, 63 (7), 1393-1400.

Bennett, J. C. (1993). Inclusion of women in clinical trials: Policies for population subgroups. *The New England Journal of Medicine*, 329 (4), 288-292.

Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). *Social epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press.

Best, A., Stokols, D., Green, L. W., Leischow, S., Holmes, B., & Bucholz, K. (2003). An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. *American Journal of Health Promotion*, 18 (2), 168-176.

Blackless, M. et al. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and Synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12, pp. 151-166.

Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annu Rev. Public Health*, 27, 167-194.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health: Bulletin of the World Health Organization, 81 (7), pp. 539-545.

Bromley, R. (2000). The theme that dare not speak its name. In S. R. Munt (Ed.), *Cultural studies and working class: Subject to change* (pp. 51-68). Londres: Cassell.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge.

Cameron, C., & Bernardes, J. (1998). Gender and disadvantage in health: Men's health for a change. *Sociology of Health and Illness*, 20 (5), 673-693.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2007). *Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.

Charlton, B. (1997). Epidemiology as a toolkit for clinical scientists. *Epidemiology*, 8 (4), 461-463.

Cheng, C. (1996a). Introduction. In C. Cheng (Ed.), *Masculinities in organizations* (pp. i-xxii). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Clarke, P. J., Marshall, V. W., & Ballantyne, P. J. (2001). Instability in the retirement transition. *Research on Aging*, 23 (4), 379-409.

Cline, B. L. (1995). The slow fix: Communities, research, and disease control. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 52, 1-7.

Collinson, D., & Hearn, J. (2001). Naming men as men: Implications for work, organization and management. In S. M. Whitehead & F. J. Barrett (Eds.), *The masculinities reader* (pp. 144-169). Cambridge: Polity Press.

Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person, and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.

Connell, R. W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity Press.

Connell, R. W., Hearn, J., & Kimmel, M. S. (2005). Introduction. In M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Eds.), *Handbook of studies on men and masculinities* (pp. 1-12). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Cotton, P. (1992). Women's health initiative leads way as research begins to fill gender gaps. *JAMA*, 267 (4), 469-470.

Courtenay, W. H. (2000). Behavioural factors associated with disease, injury and death among men: Evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies*, 9, 81-142.

Danielsson, U., & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: A gender analysis of expression of depression. *Scandinavian Journal of Primary Care*, 23, 171-177.

Davidson, K. W., Trudeau, K. J., van Roosmalen, E., Stewart, M., & Kirkland, S. (2006). Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education & Behavior*, 33 (6), 731-743.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Risco de morrer em Portugal 2004*, Volume I. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Risco de morrer em Portugal 2004*, Volume II. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dong, W., Ben-Shlomo, Y. et al. (1998). Gender differences in accessing cardiac surgery across England: a cross-sectional analysis of the health care service for England. *Soc Sci Med*, 47, 11, 1773-1780.

Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine*, 51, 931-939.

Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.

Doyal, L. (2002). Putting gender into health and globalisation debates: New perspectives and old challenges. *Third World Quarterly*, 23 (2), 233-250.

Doyal, L. (2003). Sex and gender: The challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services*, 33 (3), 569-579.

Doyal, L. (2004). Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (3), 162.

Doyal, L. (2005). *Gender, health, and the Millennium Development Goals: a briefing document and resource guide*. Global Forum for Health Research.

Doyle, S., Kelly-Schwartz, A., Schlossberg, M., & Stockard, J. (2006). Active community environments and health. *Journal of American Planning Association*, 72 (1), 19-31.

Dretea, P. (2002). Retirement and mental health. *Journal of Aging and Health*, 14 (2), 167-194.

Dunn, F. L., & Janes, C. R. (1986). Introduction: Medical anthropology and epidemiology. In C. R. Janes, R. Stall & S. M. Gifford (Eds.), *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (pp. 3-34). Dordrecht, Holanda: D. Reidel.

Elson, D. (1998). Integrating gender issues into national budgetary policies and procedures: Some policy options. *Journal of International Development*, 10 (7), 929-942.

European Partners for Equity in Health (2006). *Position Paper on "Tackling Health Inequalities"*. ([www.eurohealthnet.org](http://www.eurohealthnet.org)).

Ewing, R., Schmidt, T., Killingsworth, R., Zlot, A., & Raudenbush, S. (2003). Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity. *American Journal of Health Promotion*, 18 (1), 47-57.

Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*, 33 (2), pp. 20-25.

Fausto-Sterling, A. (1999). *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.

Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.

Fernandes, A. A., Perelman, J., & Mateus, C. (2007). *Health and Health Care in Portugal: Does Gender Matter?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Frohlich, K. L., & Potvin, L. (1999). Health promotion through the lense of population health: Toward a salutogenic setting. *Critical Public Health*, 9, 211-222.

Gale, E. A., & Gillespie, K. M. (2001). Diabetes and gender. *Diabetologia*, 44 (1), 3-15.

Gandhi, M., Aweeka, F., Greenblatt, R. M., & Blaschke, T. (2004). Sex Differences in Pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 44, 499-523.

Garlick, S. (2003). What is a man? Heterosexuality and the technology of masculinity. *Men & Masculinities*, 6 (2), 156-172.

Gideon, J. (2006). Integrating gender interests into health policy. *Development and Change*, 37 (2), 329-352.

Gjerberg, E. (2001). Medical women – towards full integration? An analysis of the speciality choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Soc Sci Med*, 52, 331-343.

Goldacre, M. J., Davidson, J. M. et al. (1999). Career choices at the end of the pre-registration year of doctors who graduate in the United Kingdom in 1996. *Medic Edu*, 33, 12, 882-889.

Goldenberg, P., Schenkman, S., & Franco, L. J. (2003). Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre sexos. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 6 (1).

Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. Open University Press. (<http://www.mcgraw-hill.co.uk/html/0335213693.html>).

Gregg, E. W., Gu, Q., Cheng, Y. J., Narayan, K. M. V., & Cowie, C. C. (2007). Mortality trends in men and women with diabetes, 1971 to 2000. *Annals of Internal Medicine*, 147 (3), 149-156.

Hafner-Burton, E., & Pollack, M. (2002). Mainstreaming gender in global governance. *European Journal of International Relations*, 8, 339-373.

Hamberg, K., & Johansson, E. E. (2006). Medical students' attitudes to gender issues in the role and career of physicians: a qualitative study conducted in Sweden. *Medical Teacher*, 28 (7), 635-641.

Hamberg, K., Risberg, G. et al. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Womens Health & Gender-Based Medicine*, 11 (7), 653-666.

Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. E., & Westman, G. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Women's Health Gend Based Med.*, 11 (7), 653-666.

Harrison, W. C. (2005). The shadow and the substance. The sex/gender debate. In K. Davis, M. Evans & J. Lorber (Eds.), *Handbook of gender women's studies* (pp. 35-52). Londres: Sage Publications.

Health and Consumer Protection (2003). *The health status of the European Union – narrowing the health gap*. Luxembourg: European Commission.

Health Canada. (2000). *Health Canada's gender-based analysis policy*. Ottawa: Health Canada.

Health Canada. (2003). *Exploring concepts of gender and health*. Ottawa: Women's Health Bureau-Health Canada.

Hearn, J., & Collinson, D. L. (1994). Theorizing unities and differences between men and between masculinities. In H. Brod & M. Kaufman (Eds.), *Theorizing masculinities* (pp. 97- 118). Thousand Oaks: Sage Publications.

Hertzman, C., Frank, J., & Evans, R. G. (1993). Heterogeneities in health status and the determinants of population health. In R. G. Evans, M. L. Barer & T. R. Marmor (Eds.), *Why are some people healthy and others not. The determinants of health in populations* (pp. 67-92). Nova Iorque: Aldine de Gruyter.

Holland, C., & Hill, R. (2007). The effect of age, gender and driver status on pedestrians' intentions to cross the road in risky situations. *Accident Analysis & Prevention*, 39, 224- 237.

Holter, O. G. (2005). Social theories for researching men and masculinities. In M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Eds.), *Handbook of studies on men and masculinities* (pp. 15-34). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Hu, G., Jousilahti, P., Qiao, Q., Peltonen, M., Katoh, S., & Tuomilehto, J. (2005). The genderspecific impact of diabetes and myocardial infarction at baseline and during follow-up on mortality from all causes and coronary heart diseases. *J Am Coll Cardiol*, 45 (9), 1413-1418.

Huxley, R., Barzi, F., & Woodward, M. (2006). Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *BMJ*, 332, 73-78.

III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007-2010). Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2007, de 22 de Junho (DR, I série, n.º 119).

IMAGE (1986-2005). Alceste, version 4.7. Analyse de Données Textuelles. Toulouse: CNRS.

Inhorn, M. C. (1995). Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences? *Social Science and Medicine*, 40, 285-290.

Inhorn, M. C., & Janes, C. R. (2007). The behavioural research agenda in global health: An advocate's legacy. *Global Public Health*, 2 (3), 294-312.

Inhorn, M. C., & Whittle, K. L. (2001). Feminism meets the 'new' epidemiologies: Toward an appraisal of antifeminism biases in epidemiological research on women's health. *Social Science Medicine*, 53, 553-567.

Instituto Nacional de Estatística (vários anos). Estatísticas da Saúde. Lisboa: INE

Irwin, A., & Scali, E. (2007). Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global Public Health*, 2 (3), 235-256.

Jadad, A. R., & Meryn, S. (2005). The future of men's health: Trends and opportunities to watch in the age of the internet. *The Journal of Men's Health & Gender*, 2 (2), 124-128.

Jochmann, N., Stangl, K., Garbe, E., Baumann, G., & Stangl, V. (2005). Female-specific aspects in the pharmacotherapy of chronic cardiovascular diseases. *European Heart Journal*, 26, 1585-1595.

Juutilainen, A., Kortelainen, S., Lehto, S., Rönnemaa, T., Pyörälä, K., & Laakso, M. (2004). Gender differences in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. *Diabetes Care*, 27, 2898-2904. (<http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/27/12/2898>).

Kabeer, N. (1994). *Reversed realities. Gender hierarchies in development thought*. Londres: Verso.

Kampf, A. (2006). Report on the conference on “Men, Women, and Medicine: a new view of the biology of sex/gender differences and aging” held in Berlin, 24-26th February 2006. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1, 11. (<http://www.peh-med.com/content/1/1/11>).



Kashuba, A. D. M. & Nafziger, A. N. (1998). Physiological Changes During The Menstrual Cycle and Their Effects on the Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Drugs. *Clinical Pharmacokinetics*, 34 (3), pp. 203-218.

Kawachi, I., Kenedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89 (8), 1187-1193.

Kim, J. S., & Nafziger, A. N. (2000). Is ir sex or is gender? *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 68 (1), 1-3.

Knights, D., & Willmott, H. (1986a). Introduction. In D. Knights & H. Willmott (Eds.), *Gender and the labour process* (pp. 1-13). Aldershot: Gower.

Krieger, N. (1990). Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Social Science and Medicine*, 30 (12), 1273-1281.

Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science Medicine*, 39 (7), 887-903.

Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *Int J of Epidemiol*, 32, 652-657.

Krieger, N., & Fee, E. (1994). Man made medicine and women's health: The biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *International Journal of Health Services*, 24 (2), 265-283.

Krieger, N., & Zierler, S. (1995). Accounting for the health of women. *Current Issues in Public Health*, 1, 251-256.

Krieger, N., & Zierler, S. (1996). What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, 7 (1), 107-109.

Krieger, N., Rowley, D., Hermann, A. A., Avery, B., & Philips, M. T. (1993). Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well being. *American Journal of Preventive Medicine*, 9 (supl.), 82-122.

Laqueur, T. (1992). *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en occident*. Paris: Gallimard.

Laranjeira, A. R., & Prazeres, V. (2005). *Mortalidade em idades jovens - relatório (1992-2003)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Lawson, J., & Floyd, J. (1996). The future of epidemiology: A humanist response. *American Journal of Public Health*, 86 (7), 1029.

Le Breton, D. (2007). Compreender a dor. Cruz Quebrada: Estrela Polar.

Legato, M. J. (2006). But What About Men? *Gender Medicine*, 3 (1), 2-4.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (1996). Editorial: Understanding sociodemographic differences in health - the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86, 471-473.

Link, B., & Phelan, J. C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health Social Behavior*, (extra), 80-94.

Lobeck, M., Thompson, A. R., & Shankland, M. C. (2005). The experience of stroke for men in retirement transition. *Qualitative Health Research*, 15 (8), 1022-1036.

Low, M. D., Low, B. J., & Huynh, P. T. (2005). Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health. *Journal of Health Politics*, 30 (6), 1131-1162.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health. Public health and the regulated body*. Londres: Sage Publishers.

Lynch, J., Davey, S., Harper, S., & Hillemeir, M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 2. U.S. National and regional trends in income inequality. *The Milbank Quarterly*, 82 (2), 355-400.

MacIntyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: How can we conceptualize, operationalise and measure them. *Social Science and Medicine*, 55, 125-139.

Mackenbach, J. P. (2005). Genetics and health inequalities: hypotheses and controversies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 268-273.

Mackenbach, J.P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Erasmus MC.

Mark, D. B. (2000). Sex bias in cardiovascular care. Should women be treated more like men? *JAMA*, 283, 5, 659-661.

Marmot, M. (1986). Social inequalities in mortality: The social environment. In R. Wilkinson (Ed.), *Class and health: Research and longitudinal data* (pp. 21-33). Londres: Tavistock.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104.

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-1163.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2ª ed.). Copenhagen: WHO.

Marques, A. M. (2002). Problemas e necessidades de saúde sexual e reprodutiva em bairros de arrendamento público. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 29/30, 7-16.

Marques, A. M. (2007). *Profissões masculinas. Discursos e resistências*. Unpublished Tese de doutoramento, ISCTE, Lisboa.

Marques, A. M., & Amâncio, L. (2004). Medicina e masculinidade: Da predominância numérica à dominação simbólica. In J. Vala, M. Garrido & P. Alcobia (Eds.), *Percursos da investigação em psicologia social e organizacional* (pp. 201-220). Lisboa: Edições Colibri.

McCollum, M., Hansen, L. B., Lu, L., & Sullivan, P. W. (2005). Gender differences in diabetes mellitus and effects on self-care activity. *Gender Medicine*, 2 (4), 246-254.

McGinnis, J. M. (2006). Can public health and medicine partner in the public interest? *Health Affairs*, 25 (4), 1044-1052.

Meibohm, B., Beierle, I., & Derendorf, H. (2002). How Important are Gender Differences in Pharmacokinetics? *Clinical Pharmacokinetics*, 41 (5), 329-342.

Mendelsohn, D. K., Nieman, L. Z., Isaacs, K., Lee, S., & Levison, S. P. (1994). Sex and Gender Bias in Anatomy and Physical Diagnosis Text Illustrations. *JAMA*, 272 (16), 1267-1270.

Miaskowski, C. (2004). Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 139-143.

Migeon, B. R. (2007). Why females are mosaics, X-chromosome inactivation, and sex differences in disease. *Gender Medicine*, 4 (2), 97-105.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004a). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos* (Vol. I - Prioridades). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004b). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos* (Vol. II - Orientações Estratégicas). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Mosca, L. et al (2004). Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *J Am Coll Cardiol*, 43, 900-921.

Moynihan, C. (1998). Theories of masculinity. *BMI*, 317, 1072-1075.

National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases (2006). *Osteoporosis in men*. USA: Department of Health and Human Services.

Naugler, W. E., Sakurai, T., Kim, S., Maeda, S., Kim, K., Elsharkawy, A. M., & Karin, M. (2007). Gender disparity in liver cancer due to sex differences in MyD88-dependent IL-6 production. *Science*, 317, 121-124.

Needleman, C. (1997). Applied epidemiology and environmental health: Emerging controversies. *American Journal of Infection Control*, 25 (3), 262-274.

Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: APF.

Nunes, E. (2006). Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 22, 225-244.

Nunes, E. (2007). Tabaco e Saúde. In Editorial do Ministério da Educação, *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar* (pp. 19-37). Lisboa: Ministério da Educação.

Nutbeam, D. (2004). Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*, 19, 137-140.

Nye, R. A. (2005). Locating masculinity: Some recent work on men. *Journal of Women in Culture and Society*, 30 (3), 1937-1962.

Oppenheimer, G. M. (1995). Comment: Epidemiology and the liberal arts - toward a new paradigm? *American Journal of Public Health*, 85, 918-920.

Pan American Health Organization. *Gender Equity in Health*. New York: Fact Sheet of the Program in Women, Health and Development. ([www.paho.org/english/hdp/hdw/GEHFactSheet.pdf](http://www.paho.org/english/hdp/hdw/GEHFactSheet.pdf))

Pearce, N. (1996). Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health*, 86, 678-683.

Philips, S. P. (2005). Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *Int J Equity Health*, 4 (11). (<http://www.equityhealthj.com/content/4/1/11>).

Phillips, S. P. (1997). Problem-based learning in medicine: new curriculum, old stereotypes. *Soc. Sci. Med.*, 45 (3), 497-499.

Phillips, S. P. (2006). Risky business: explaining the gender gap in longevity. *JMHG*, 3 (1), 43-46.

Phillips, S. P., & Ferguson, K. E. (1999). Do students' attitudes toward women change during medical school? *CMAJ*, 160 (3), 357-361.

Pinn, V. W. (2003). Sex and gender factors in medical studies – implications for health and clinical practice. *JAMA*, 289 (4), 397-400.

Porter, D. (1999). Health, civilization and the state. *A history of public health from ancient to modern times*. Londres: Routledge.

Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., & Chabot, P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, 95 (4), 591-595.

Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino. Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Prazeres, V., Laranjeira, A. R., & Oliveira, V. (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Regional Committee for Europe (2007). *Matters arising out of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*. World Health Organization (EUR/RC57/5).

Reinert, M. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale: Alceste, Les Cahiers de l'Analyse des Données, Vol. XI, nº 4, 471-84.

Rhudy, J. L., & Williams, A. E. (2005). Gender differences in pain: do emotions play a role? *Gender Medicine*, 2 (4), 208-226.

Risberg, G., Hamberg, K., & Johansson, E. E. (2006). Gender perspective in medicine: a vital part of medical scientific rationality. A useful model for comprehending structures and hierarchies within medical science. *BMC Medicine*, 4: 20. (<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/4/20>)

Risberg, G., Johansson, E. E., Westman, G., & Hamberg, K. (2003). Gender in medicine - an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *International Journal for Equity in Health*, 2, 10-17.

Risberg, G., Johansson, E. E., Westman, G., & Hamberg, K. (2003). Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *International Journal for Equity in Health*, 2 (10).

Riska, E. (1993). Introduction. In E. Riska & K. Wegar (Eds.), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour* (pp. 1-12). Londres: Sage Publications.

Riska, E. (2003). Gendering the medicalization thesis. *Advances in Gender Research*, 7, 59-87.

Roger, V. L., Farkouh, M. E. et al. (2000). Sex differences in evaluation and outcome of unstable angina. *JAMA*, 283, 5, 646-652.

Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: APF.

Rosser, S. V. (1993). Female friendly science: Including women curricular content and pedagogy on science. *Journal of General Education*, 42 (3), 191-220.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review. *JAMA*, 288 (6), 756-764.

Rubin, R., & Peyrot, M. (1998). Men and diabetes: psychosocial and behavioural issues. *Diabetes Spectrum*, 11. ([http://www.diabetic-lifestyle.com/articles/sep98\\_whats\\_1.htm](http://www.diabetic-lifestyle.com/articles/sep98_whats_1.htm)).

Rydén, L., Standl, E., Bartnik, M., Van den Berghe, G., Betteridge, J., Boer, M., Cosentino, F., Jönsson, B., Laakso, M., Malmberg, K., Priori, S., Östergren, J., Tuomilehto, J., & Thrainsdottir, I. (2007). Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases: executive summary. *European Heart Journal*, 28, 88-136.

Sampaio, A. (1960). Perspectivas e tendências em Saúde Pública. *O Médico*, 277-284.

Sarton, E., Olofsen, R., Romberg, R., den Hartigh, J. B., Nieuwenhuijs, D., Burm, A., & Teppema, L. (2000). Sex differences in morphine analgesia: an experimental study in healthy volunteers. *Anesthesiology*, 93 (5), 1245-1254.

Scambler, G., & Higgs, P. (1999). Stratification, class and health: Class relations and health inequalities in high modernity. *Sociology*, 33 (2), 275-296.

Schenck-Gustafsson, K. (2006). Are the symptoms of myocardial infarction different in men and women? If so, will there be any consequences? *Scand Cardiovasc J*, 40 (6), pp. 325-326.

Schwartz, J. B. (2003). The influence of Sex on Pharmacokinetics. *Clinical Pharmacokinetics*, 42 (2), 107-121.

Sen, G., George, A., & Öslin, P. (2002). *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Soares, C. & Jesuino, J. C. (2004). Memória social e representações sobre o descobrimento do Brasil: análise dos manuais portugueses de história. *Psicologia*, Vol. XVII, 2, pp. 321-337.

Standing, H. (1997). Gender and equity in health sector reform programmes: A review. *Health Policy and Planning*, 12 (1), 1-18.

Stramba-Badiale M., & Priori, S. G. (2005). Gender-specific prescription for cardiovascular diseases? *European Heart Journal*, 26, 1571-1572.

Stramba-Badiale M., Fox, K. M., Priori, S. G., Collins, P., Daly, C., Graham, I., Jonsson, B., Schenck-Gustafsson, K., & Tendera, M. (2006). Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 27, 994-1005.

Susser, M. (1994a). The logic in ecological: I - the logic of analysis. *American Journal of Public Health*, 84, 825-829.

Susser, M. (1994b). The logical in ecological: II - the logic of design. *American Journal of Public Health*, 84, 830-835.

Susser, M., & Susser, E. (1996a). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86 (5), 668-673.

Susser, M., & Susser, E. (1996b). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86 (5), 674-677.

Swedish International Development Cooperation Agency. (1997). *A gender perspective in the health sector*. Estocolmo: SIDA - Department for Democracy and Social Development. Health Division.

Syme, S. L. (2005). Historical perspective: The social determinants of disease - some roots of the movement. *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 2, doi: 10.1186/1742-5573-1182-1182.

Syme, S. L., & Frohlich, K. L. (2001). The contribution of social epidemiology: Ten new books. *Epi-*

demology, 13 (1), 110-112.

The Women's Health Council. (2007). *A guide to creating gender-sensitive health services* (2.ª ed.). Dublin: The Women's Health Council.

Theobald, S., Simwaka, B. N., & Klugman, B. (2006). Gender, health and development iii: Engendering health research. *Progress in Development Studies*, 6 (4), 337-342.

Theobald, S., Tholhurst, R., Else, H., & Sanding, H. (2005). Engendering the bureaucracy? Challenges and opportunities for mainstreaming gender in ministries of health under sector-wide approaches. *Health Policy and Planning*, 20 (3), 141-149 (doi:10.1093/heapol/czi019).

Vaccarino, V., Parsons, L., Every, N. R., Barron, H. V., & Krumholz, H. M. (1999). Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 341 (4), 217-225.

Varanka, J., Närhinen, A., & Siukola, R. (2006). *Men and Gender Equality – Towards Progressive Policies – conference report*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Verbrugge, L. (1995). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (3), 1156-1182.

Weed, D. L. (1995). Epidemiology, the humanities, and public health. *American Journal of Public Health*, 85, 914-918.

Wenger, N. K. (2007). Heightened cardiovascular risk in diabetic women: can the tide be turned? *Annals of Internal Medicine*, 147 (3), 208-210.

Wenger, N. K., Seeroff, L., & Packard, B. (1993). Cardiovascular health and disease in women. *The New England Journal of Medicine*, 329 (4), 247-256.

West, C. (1993). Reconceptualizing gender in physician-patient relations. *Social Science and Medicine*, 36 (1), 57-66.

West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1 (2), 125-151.

White, A., & Cash, K. (2003). *A report on the state of men's health across 17 European countries*. Brussels: The European Men's Health Forum.

White, A., & Holmes, M. (2006). Patterns of mortality across 44 countries among men and women ages 15-44 years. *JMHC*, 3 (2), 139-151.

Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Whittle, K. L., & Inhorn, M. C. (2001). Rethinking difference: A feminist reframing of gender/race/class for the improvement of women's health research. *International Journal of Health Services*, 31 (1), 147-165.

Wing, S. (1994). Limits of epidemiology. *Medicine and Global Survival*, 1, 74-86.

Wing, S. (1998). Whose epidemiology, whose health? *International Journal of Health Services*, 28 (2), 241-252.

Women's Health Association of Victoria (2001). *Position paper on gender & practice*. Women's Health Association of Victoria.

Women's Health Bureau (2000). *Health Canada's Gender-based Analysis Policy*. Minister of Health.

Women's Health Council (2007). *A Guide to creating gender-sensitive health services*. Women's Health Council.

Wood, J., Hennell, T., Jones, A., Hooper, J., Tocque, K., & Bellis, M. A. (2006). *Where wealth means health – illustrating inequality in the North West*. Liverpool: North West Public Health Observatory.

World Health Organization (2007). *Gender and genetics*. World Health Organization. (<http://www.who.int/genomics/gender/en/print.html>).

World Health Organization (2007). *World Health Statistics 2007*. France: World Health Organization.

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion. Paper presented at the First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Ontario, Canada.

World Health Organization. (2002). Gender and road traffic injuries. *Gender & Health*, 1-4.

Zelek, B., & Phillips, S. P. (2003). Gender and power: nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*, 2 (1).

Zelek, B., & Phillips, S. P., & Lefebvres, Y. (1997). Gender sensitivity in medical curricula. *Can Med Assoc J*, 156 (9), 1297-1300.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### Questionário do Estudo 1

No âmbito de uma investigação mais alargada, a **Direcção-Geral da Saúde** está a realizar um *estudo de opinião* junto dos profissionais de saúde de diferentes áreas e especialidades sobre algumas questões relacionadas com os utentes, no contexto da preparação técnica e das práticas profissionais.

Procuramos assim contribuir para um melhor conhecimento sobre estas temáticas, solicitando a sua opinião sincera sobre o assunto. Reafirma-se tratar-se de um *estudo de opinião*, pelo que não existem respostas certas ou erradas. Este questionário é **anónimo e confidencial** e destina-se, exclusivamente, ao trabalho de investigação supra mencionado.

Agradecemos a sua colaboração.

Serão apresentadas algumas questões organizadas por grupos temáticos de A) a D). Solicitamos que utilize a escala de resposta indicada em cada grupo. Para responder coloque um círculo em torno do número que melhor corresponde à sua opinião.

Pense na sua actividade profissional, em contexto de atendimento/consulta, e responda às questões que se seguem. Utilize a seguinte escala de resposta: (1) Não tem importância nenhuma a (7) Tem muita importância

#### A. Em relação ao UTENTE:

##### 1. Considera que, em geral, o sexo do/a utente tem importância:

- |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1. Na forma como conduz a consulta            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.2. Nos critérios que utiliza para diagnóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.3. No processo terapêutico                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.4. Na relação que estabelece com o/a utente   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

##### 2. No caso dos colegas da sua especialidade, considera que, em geral, o sexo do/a utente tem importância:

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1. Na forma como eles/as conduzem a consulta   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.2. Nos critérios que utilizam para diagnóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.3. No processo terapêutico                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2.4. Na relação que estabelecem com o/a utente   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

##### 3. No caso dos colegas de outras especialidades, considera que, em geral, o sexo do/a utente tem importância:

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1. Na forma como eles/as conduzem a consulta   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.2. Nos critérios que utilizam para diagnóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.3. No processo terapêutico                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3.4. Na relação que estabelecem com o/a utente   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

##### 4. No caso dos colegas de outras áreas profissionais, considera que, em geral, o sexo do/a utente tem importância:

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1. Na forma como eles/as conduzem a consulta   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.2. Nos critérios que utilizam para diagnóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.3. No processo terapêutico                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4.4. Na relação que estabelecem com o/a utente   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

##### 5. Existe alguma especialidade em que considere que o sexo do/a utente tenha importância?

- SIM  
 NÃO

5.1. Se SIM, qual/quais as especialidades em que considera ter o sexo do/a utente mais importância? (Indique no máximo 3 especialidades)

---



---

**B. Em relação ao PROFISSIONAL:****6. O facto de ser um profissional do sexo masculino/feminino tem importância:**

- |   |               |
|---|---------------|
| 6.1. Na forma como conduz a consulta            | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6.2. Nos critérios que utiliza para diagnóstico | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6.3. No processo terapêutico                    | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6.4. Na relação que estabelece com o/a utente   | 1 2 3 4 5 6 7 |

**7. No caso dos/as colegas da sua especialidade, pensa que estes/as consideram a importância do próprio sexo:**

- |  |               |
|--|---------------|
| 7.1. Na forma como eles/as conduzem a consulta   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7.2. Nos critérios que utilizam para diagnóstico | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7.3. No processo terapêutico                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7.4. Na relação que estabelecem com o/a utente   | 1 2 3 4 5 6 7 |

**8. No caso dos/as colegas de outras especialidades, pensa que estes/as consideram a importância do próprio sexo:**

- |  |               |
|--|---------------|
| 8.1. Na forma como eles/as conduzem a consulta   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8.2. Nos critérios que utilizam para diagnóstico | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8.3. No processo terapêutico                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8.4. Na relação que estabelecem com o/a utente   | 1 2 3 4 5 6 7 |

**9. No caso dos/as colegas de outras áreas profissionais, pensa que estes/as consideram a importância do próprio sexo:**

- |  |               |
|--|---------------|
| 9.1. Na forma como eles/as conduzem a consulta   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9.2. Nos critérios que utilizam para diagnóstico | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9.3. No processo terapêutico                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9.4. Na relação que estabelecem com o/a utente   | 1 2 3 4 5 6 7 |

**10. Existe alguma especialidade em que considere que o sexo do/a prestador/a de cuidados tenha mais importância?**

- SIM  
 NÃO

10.1. Se SIM, qual/quais as especialidades em que considera ter o sexo do/a prestador/a mais importância? (Indique no máximo 3 especialidades)

---



---

Em relação a uma abordagem diferencial das questões relacionadas com a saúde dos homens e saúde das mulheres, indique a sua opinião em relação às afirmações que se seguem. Utilize a seguinte escala de resposta:

(1) *Discordo Totalmente* a (7) *Concordo Totalmente*

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Aquando da minha formação, esta perspectiva estava presente nos currículos académicos | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Actualmente, esta perspectiva está presente nos currículos académicos da minha área   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Deveria ser dada mais atenção a esta temática nos currículos académicos da minha área | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. O sexo do/a estudante é importante na escolha da especialidade                        | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. O facto de ser homem/mulher teve influência na minha escolha de especialidade         | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Estou interessado/a em receber formação complementar nesta matéria                    | 1 2 3 4 5 6 7 |

Reflecta sobre o contexto das suas relações profissionais e descreva a sua opinião relativamente às afirmações que se seguem. Utilize a seguinte escala de resposta: (1) *Discordo Totalmente* a (7) *Concordo Totalmente*

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. O facto de ser homem/mulher tem importância nas minhas relações profissionais com outros colegas de profissão | 1 2 3 4 5 6 7 |
|--|---------------|

Especifique em que sentido:

- |  |               |
|--|---------------|
| 2. Os seus colegas de profissão atribuem importância ao sexo dos/as colegas com quem mantém relações profissionais | 1 2 3 4 5 6 7 |
|--|---------------|

Especifique em que sentido:

Pense no contexto da carreira profissional e descreva a sua opinião relativamente às afirmações que se seguem.

Utilize a seguinte escala de resposta: (1) *Discordo Totalmente* a (7) *Concordo Totalmente*

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Existe igualdade de oportunidades entre homens e mulheres                                     | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Existe igualdade na aplicação de critérios para a progressão na carreira de homens e mulheres | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Existem especialidades mais apropriadas para cada um dos sexos                                | 1 2 3 4 5 6 7 |

Se CONCORDA, especifique:

Especialidades mais apropriadas para homens: \_\_\_\_\_

Especialidades mais apropriadas para mulheres: \_\_\_\_\_

- |  |               |
|--|---------------|
| 4. Apesar de haver homens e mulheres na carreira médica/enfermagem existem barreiras colocadas em função do sexo | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. O grau de autoridade, no contexto da profissão, é equivalente entre homens e mulheres                         | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Existem diferenças ao nível do prestígio que é atribuído às diferentes especialidades                         | 1 2 3 4 5 6 7 |

Se CONCORDA, especifique quais as áreas que considera terem maior (I) e menor prestígio (II):

I. \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

Finalmente, e apenas para efeitos de tratamento estatístico, indique-nos:

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Profissão:  Enfermeiro/a  Médico/a

Especialidade: \_\_\_\_\_

Anos no exercício da profissão: \_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração!

## APÊNDICE II

### Gráficos dos resultados do Estudo 1

1. Gráficos dos resultados apurados na Secção A - O papel do sexo do utente no âmbito das práticas clínicas

#### Resultados para a variável PROFISSÃO

Gráfico 20 | 21

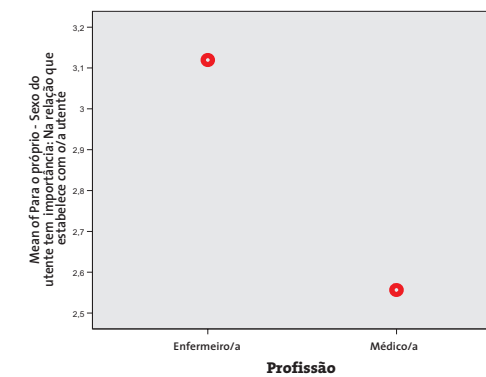
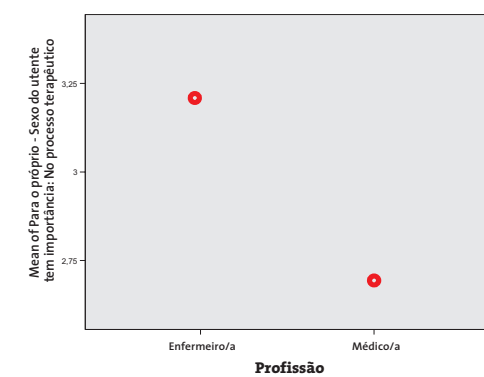
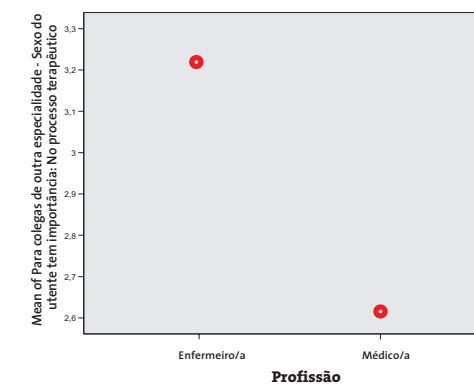
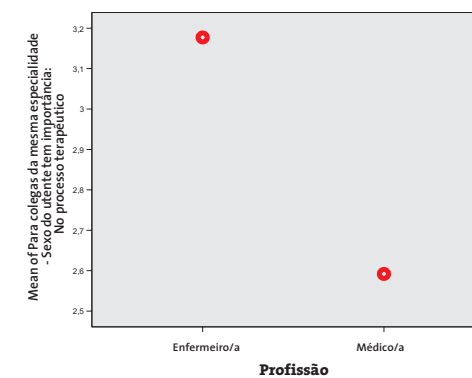
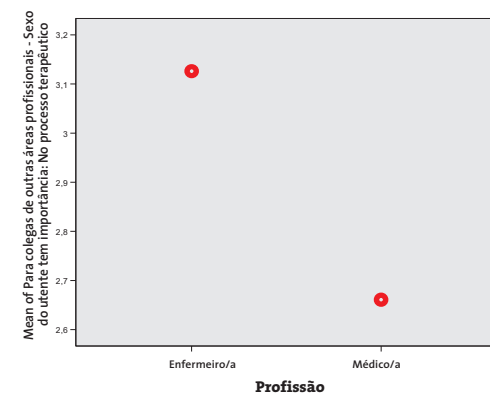


Gráfico 22 | 23



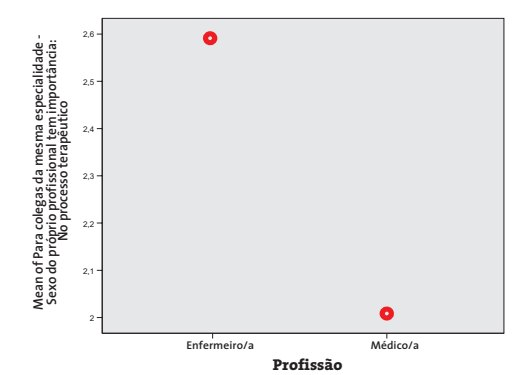
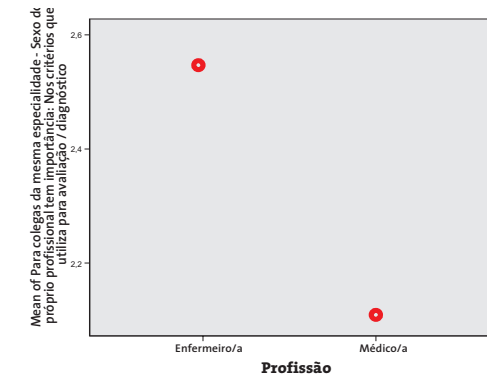
Resultados para a variável PROFISSÃO

Gráfico 24



Resultados para a variável PROFISSÃO

Gráfico 26 | 27



2. Gráficos dos resultados apurados na Secção B - O papel do sexo do profissional no âmbito das práticas clínicas

Resultados para a variável CONTEXTO TRABALHO

Gráfico 25

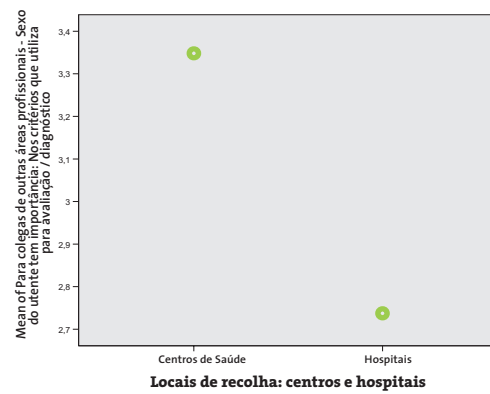
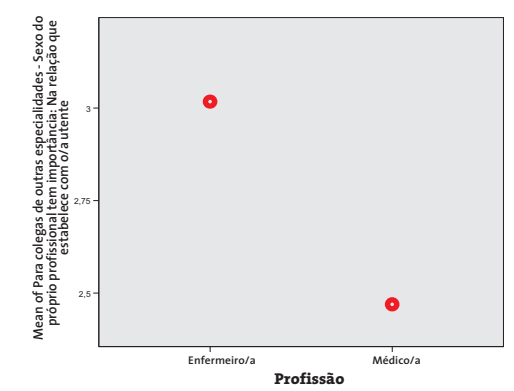
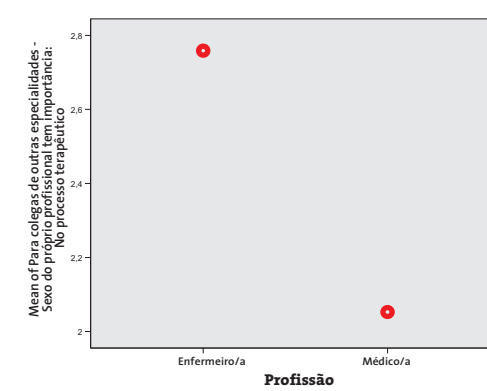


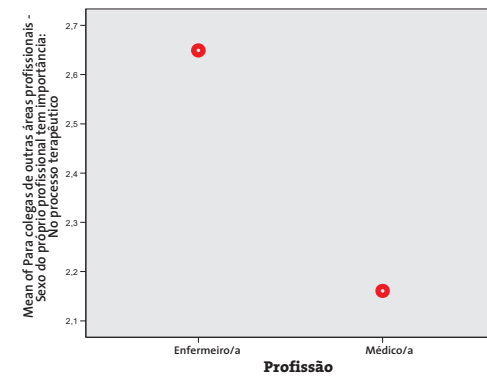
Gráfico 28 | 29





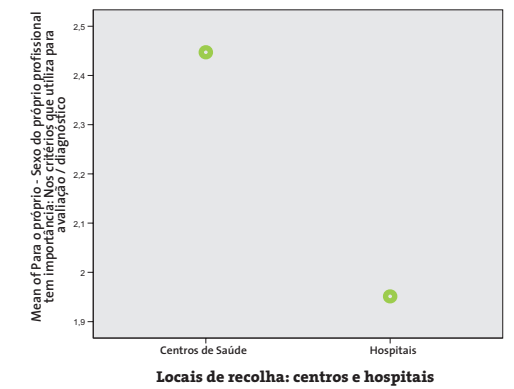
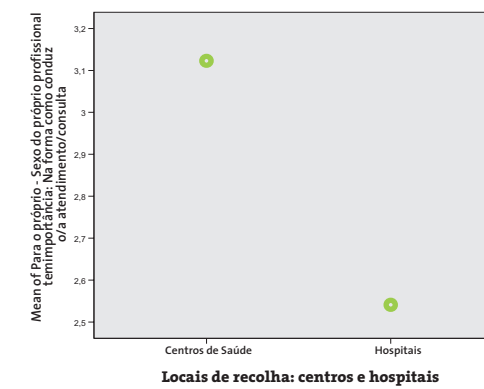
Resultados para a variável PROFISSÃO

Gráfico 30



Resultados para a variável CONTEXTO TRABALHO

Gráfico 33 | 34



Resultados para a variável CONTEXTO TRABALHO

Gráfico 31 | 32

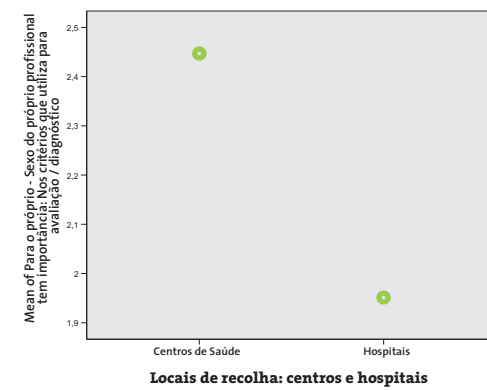
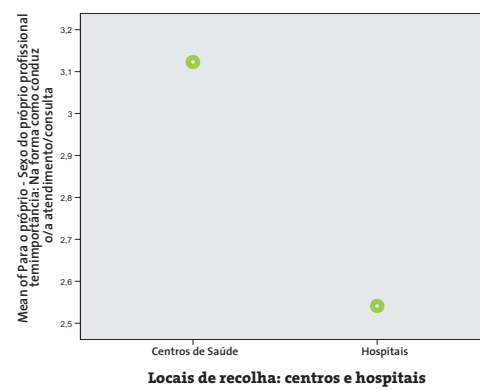
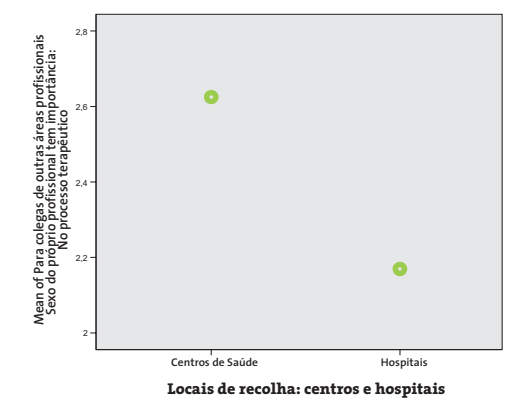
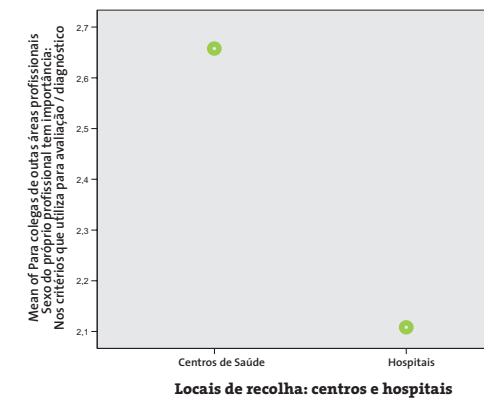


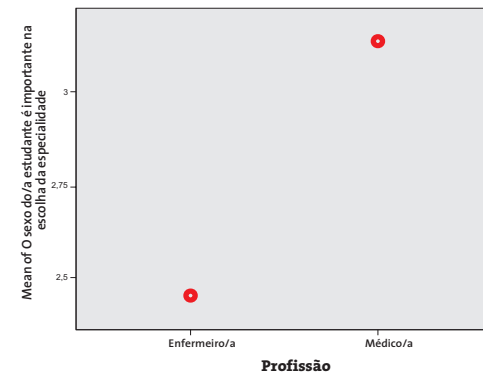
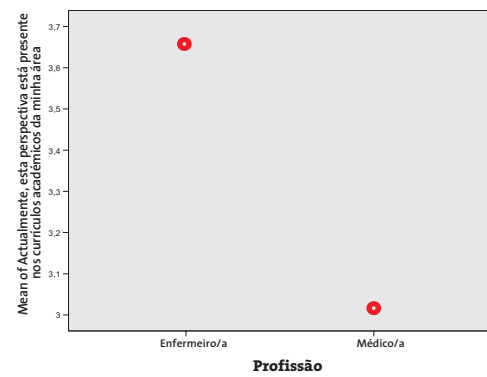
Gráfico 35 | 36



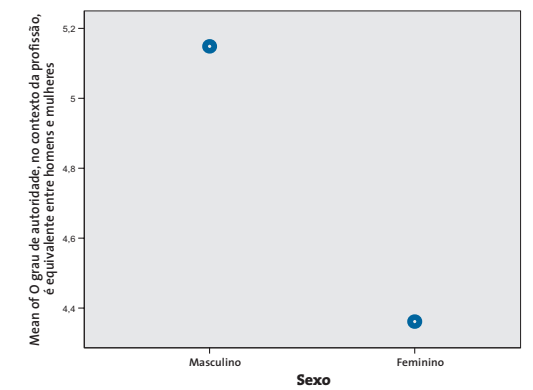
3. A abordagem diferencial da saúde dos homens e das mulheres no contexto da formação académica

4. O desenvolvimento da carreira

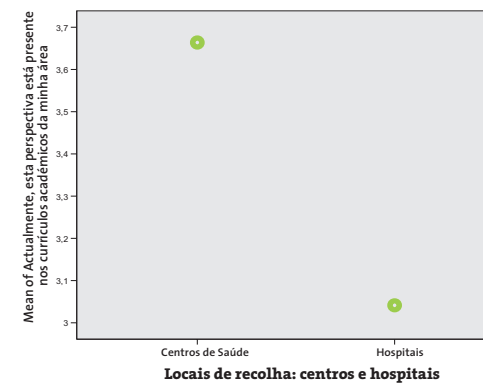
Resultados para a variável PROFISSÃO  
Gráfico 37 | 38



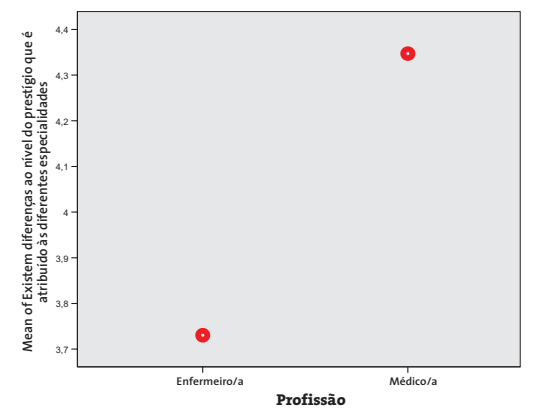
Resultados para a variável SEXO  
Gráfico 40



Resultados para a variável CONTEXTO TRABALHO  
Gráfico 39



Resultados para a variável PROFISSÃO  
Gráfico 41



## APÊNDICE III

### Guião das entrevistas realizadas no Estudo 2

#### A. Biografia

##### 1. Trajectória académica:

- escolha de medicina/enfermagem;
- escolha de especialidade;
- o impacto do próprio sexo na escolha de especialidade;

#### B. Prática Clínica

##### 1. Relevância do Sexo do Utente

- Em termos da sua prática clínica, se tivesse que caracterizar os seus utentes como o faria?
- Em termos gerais como caracterizaria os utentes homens e mulheres segundo:
- os sintomas (tipo de queixas) que referem e o modo como os apresentam (a forma da queixa);
- a adesão à terapêutica;
- o tipo de relação/comunicação estabelecida (difere consoante esteja perante um homem ou uma mulher?);
- o padrão de utilização dos serviços de saúde.

##### SÓ PARA MÉDICOS:

Perante um utente homem ou mulher como valoriza:

- as queixas apresentadas;
- os sinais objectivos;
- o pedido de exames complementares (é igual independentemente do sexo do utente?);
- a terapêutica (os medicamentos são os mesmos, as doses são as mesmas?).

##### SÓ PARA ENFERMEIROS:

Perante um utente homem ou mulher como valoriza:

- a avaliação da situação (o diagnóstico de enfermagem);
- o processo de acompanhamento/cuidar dos utentes.

PARA TODOS:

- Qual é a sua percepção sobre a importância geral que esta dimensão assume entre outros médicos/enfermeiros?

## 2. Relevância do Sexo do Profissional

- Qual é a importância que atribui ao sexo do profissional de saúde no exercício da sua função (nas práticas com os utentes e no ambiente de trabalho com os pares)?

## 3. Interpretação de dados empíricos sobre a realidade nacional ao nível da distribuição de homens e mulheres por algumas especialidades genderizadas:

PARA MÉDICOS

- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em cirurgia geral
- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em medicina geral e familiar
- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em cardiologia
- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em pediatria

PARA ENFERMEIROS

- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em enfermagem generalista
- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em enfermagem de reabilitação
- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em enfermagem de saúde infantil e pediátrica
- Gráfico com a distribuição de homens e mulheres em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

PARA TODOS

- Concorda quanto à existência de especialidades mais apropriadas para homens ou mulheres?

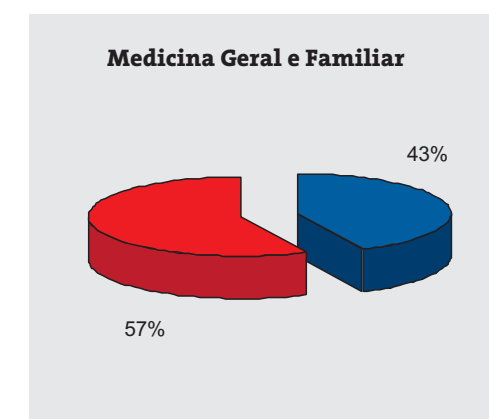
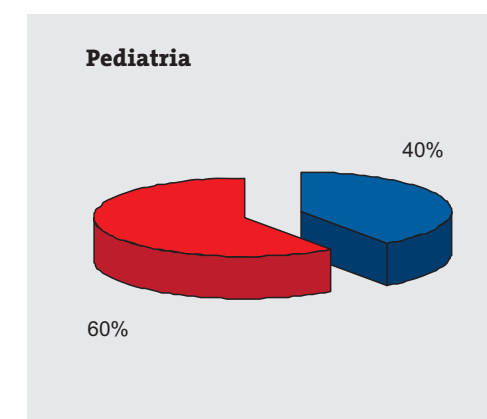
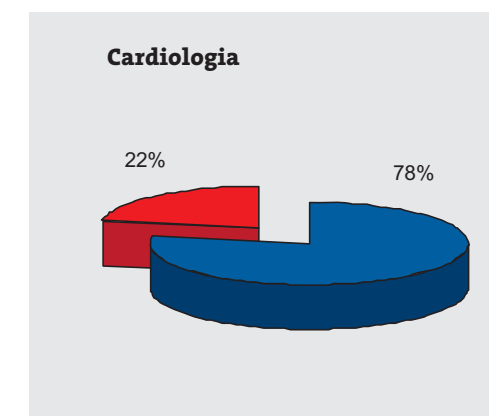
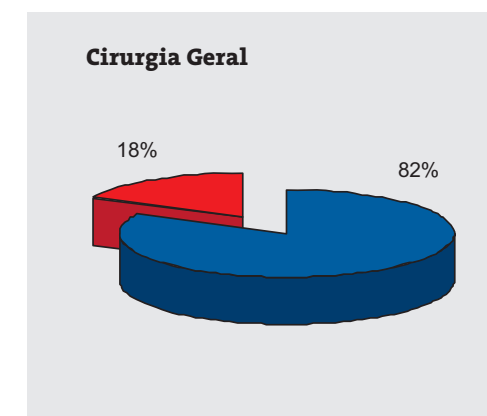
## C. Questões de Igualdade/Discriminação no contexto profissional e da carreira

- Como caracteriza as oportunidades entre mulheres e homens ao nível da profissão e da progressão na carreira?
- Tem conhecimento de aspectos de discriminação positiva ou negativa no contexto profissional (vividos pelo próprio e/ou casos de outros colegas)?
- Considera que os aspectos de autoridade/poder são semelhantes entre homens e mulheres no contexto da sua profissão?
- Considera que existem aspectos de diferenciação ao nível do prestígio atribuído a diferentes especialidades médicas/enfermagem? Consequências desses efeitos diferenciadores?

## APÊNDICE IV

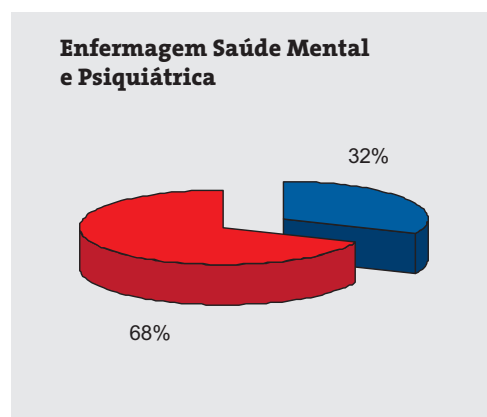
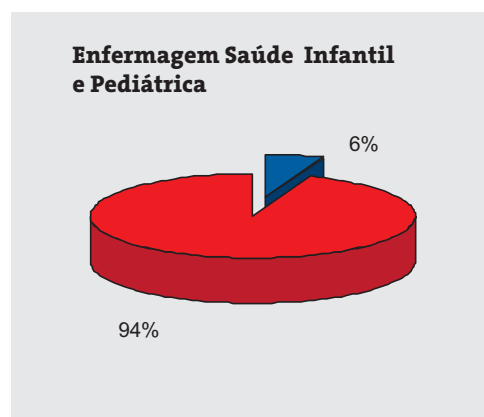
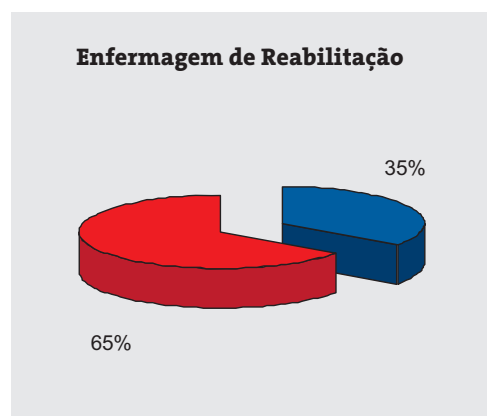
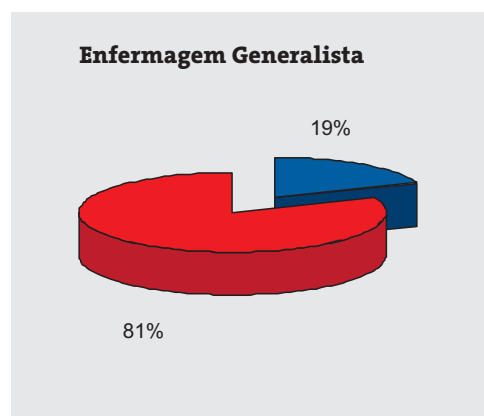
### Gráficos utilizados na entrevista com a distribuição do n.º de homens e mulheres por algumas especialidades médicas/enfermagem

DISTRIBUIÇÃO DE ALGUMAS ESPECIALIDADES POR SEXO - MEDICINA (2005)



■ Homem ■ Mulher

**DISTRIBUIÇÃO  
DE ALGUMAS  
ESPECIALIDADES  
POR SEXO  
- ENFERMAGEM  
(2005)**



■ Homem ■ Mulher

## APÊNDICE V

### Questões orientadoras da análise documental

#### Apresentação e análise de dados estatísticos e epidemiológicos em função do sexo

- Os dados são desagregados por sexos?
- Os dados são analisados por sexo?
- Mulheres/homens e rapazes/raparigas são total e apropriadamente representados nos dados, considerando a especificidade da fase do ciclo de vida?
- Na apresentação e análise dos dados, os homens e as mulheres são assumidos como grupos homogêneos em situações em que o impacto na saúde é diferente nos dois sexos?

#### Referência explícita às necessidades e problemas específicos de cada sexo

- Há referências explícitas à saúde das mulheres?
- As referências às mulheres reforçam a sua homogeneidade?
- Há referências explícitas à saúde dos homens?
- As referências aos homens reforçam a sua homogeneidade?
- Um dos sexos é assumido como norma para os dois sexos?
- Existe sobre-generalização das diferenças entre os sexos?

#### Representações sociais, estereótipos e papéis sociais associadas a cada sexo

- Os papéis de género ou as identidades são vistas em termos absolutos?
- As políticas dirigidas às necessidades das mulheres consideram-nas como indivíduos ou sobretudo como mães e cuidadoras?
- Os homens não são focalizados nas iniciativas relacionadas com a saúde infantil, regulação da fertilidade, prevenção das IST e educação e promoção da saúde
- São perpetuados/reforçados estereótipos acerca das mulheres/raparigas e homens/rapazes?
- Os diferentes tipos de família são considerados?
- Foi considerada a influência do género na saúde das mulheres e dos homens em situações de baixos rendimentos, deficiências, imigração, orientações sexuais?

**Adopção da perspectiva de género na definição de políticas**

17. A perspectiva de género é incorporada nas políticas nacionais e programas e são explicitados os pontos de partida conceptuais?
18. Sexo e género são tratados como sinónimos?
19. Existe insensibilidade face ao género?
20. Procura-se a neutralidade face ao sexo e ao género?
21. É considerado o efeito do género como determinante da saúde?
22. Foi considerada a influência do género noutros determinantes da saúde?
23. É usado conhecimento existente acerca das diferenças de género?



Direcção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Ministério da Saúde