

## Género e saúde: um desafio às ciências sociais

*Lúisa Ferreira da Silva*<sup>199</sup>  
*Fátima Alves*<sup>200</sup>

### Resumo

Na comunidade científica internacional temos vindo a assistir a um interesse crescente pelo género enquanto determinante das desigualdades nos padrões de saúde e de doença. Globalmente verifica-se que as mulheres morrem menos e sofrem mais tardiamente das principais doenças causa de morte. No entanto, ao longo da vida, as mulheres apresentam maiores taxas de morbilidade, utilizam mais os serviços de saúde e auto-declaram mais doença.

Esta comunicação apresenta uma síntese dos dados estatísticos e da produção científica nacionais sobre saúde do género (comparada). Neste contexto procura reflectir e debater a saúde do género do ponto de vista das ciências sociais.

### Introdução

As recentes focalizações do género como factor associado à saúde/doença foram desenvolvidas nos anos 70, nos países ricos do Ocidente e constataram o aparente paradoxo que consiste na maior longevidade das mulheres – com taxas de mortalidade, em todas as idades, menores que as dos homens o que faz supor uma melhor saúde relativa – simultaneamente com uma maior morbilidade declarada – mais sintomas, maior uso dos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos o que faz supor uma pior saúde ao longo da vida. As interpretações desta aparente contradição organizaram-se em torno do argumento de que o género é um estruturador das oportunidades e posições sociais ao longo da vida, estas justificando diferentes níveis e comportamentos de saúde/doença.<sup>201</sup>

Nesta visão macro-social, a socialização das mulheres e o controle social sobre elas ainda pendente na divisão sexual do trabalho serão modeladores de um estilo de vida com menos stress no quotidiano e menor tendência para comportamentos de risco o que justificará a menor mortalidade. No que respeita à maior morbilidade, os papeis e estatutos tradicionais das mulheres, menos valorizados socialmente e com maior expressão da vivência emocional, serão responsáveis quer por uma maior sobrecarga de trabalho (dupla jornada em que se incluem os cuidados prestados a crianças, idosos e deficientes), quer por uma insatisfação a nível da realização pessoal, realidades que por sua vez podem justificar uma pior saúde bem como uma tendência para desenvolver atitudes e comportamentos de atenção às manifestações do corpo

---

<sup>199</sup> CEMRI, Universidade Aberta, luisafs@univ-ab.pt.

<sup>200</sup> CEMRI, Universidade Aberta, fatimaa@univ-ab.pt.

<sup>201</sup> Kawachi, Ichiro et al, 1998, “Women’s status and the health of women and men: a view from the States”, *Social Science and Medicine* 48 (1):21-32

e ao mal-estar psicológico.<sup>202</sup> Complementar desta perspectiva que atribui às mulheres uma maior percepção da experiência subjectiva de mal-estar e sua interpretação como doença pela perspectiva médica, é a hipótese da socialização específica das mulheres para a médico-dependência em relação com a medicalização da função reprodutiva feminina no último século.<sup>203</sup>

Este texto apresenta uma compilação dos principais dados sobre saúde das mulheres portuguesas, comparados com os dos homens, referindo-os à bibliografia internacional sobre o tema. Situa as questões em aberto no debate sobre saúde de género.

## **Mortalidade e causas de morte**

Ao longo de todas as idades, as taxas de mortalidade das mulheres portuguesas são inferiores às dos homens. Durante o primeiro ano de vida, a probabilidade de morte é aproximadamente tão elevada como no fim da idade adulta (55-64 anos). Passado o primeiro ano de vida, é na infância que é menor o risco de morrer; ele vai aumentar a partir do fim da infância até que aos 55-64 anos é já equivalente ao que se verifica no primeiro ano de vida. A partir deste grupo etário as taxas de mortalidade aumentam de forma acentuada, particularmente nas idades mais avançadas.

Comparativamente, as taxas de mortalidade dos homens, são mais elevadas ao longo de todas as idades desde o primeiro ano de vida e apresentam um pico no escalão etário dos 15-19 com a taxa a quase triplicar em relação aos 10-14 anos.

A partir do primeiro ano de vida e até ao escalão etário dos 25 anos em diante, a maior parte dos óbitos deve-se, em ambos os géneros, a causas externas (entre as quais os acidentes de circulação representam uma muito grande proporção).

No grupo etário dos 25-44 anos, os cancros assumem o primeiro lugar das causas de morte das mulheres, seguidos do HIV. Os acidentes de viação aparecem em terceiro lugar. Comparativamente, nos homens, o HIV e os acidentes de viação são causas de morte mais importantes do que os cancros.

No intervalo dos 45-74 anos, tanto nas mulheres como nos homens, os cancros continuam a ser a primeira causa de morte, aparecendo as doenças do aparelho circulatório em segundo lugar. A partir dos 75 anos essa ordem inverte-se.

No conjunto das doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares como causa de morte das mulheres são mais importantes nos escalões etários a partir dos 25 anos, exceptuando o de 65-74 anos em que a taxa de morte por doenças cardíacas isquémicas é mais elevada. Esta situação difere da dos homens em que a morte por doenças cardíacas isquémicas apresenta sempre taxas mais elevadas até aos 75 e mais anos, classe etária em que a situação se inverte e a taxa de morte por doenças cerebrovasculares passa para primeiro plano.

---

<sup>202</sup> Levinson, Richard, 1998, “Issues at the interface of medical sociology and public health”, in Scambler, G.; Higgs, P., “Modernity, medicine and health – debate on postmodernism”, London and New York: Routledge, 66-81.

<sup>203</sup> Miles, Agnés, 1991, “Women, health and medicine”, Milton Keynes – Philadelphia: Open University Press, 234.

Importa ter em conta que a análise das estatísticas portuguesas da mortalidade fica prejudicada pela importante proporção de "sintomas, sinais e afecções mal definidos" que em várias das estatísticas por grupos etários é superior ao valor teoricamente admitido (é o caso da mortalidade infantil; 1-4 anos homens; 5-24 anos mulheres e homens; 25-54 anos homens).

A taxa de mortalidade materna das mulheres portuguesas situa-se actualmente em valores intermédios em relação com os outros países da União Europeia.<sup>204</sup> Analisadas as causas das mortes maternas das mulheres portuguesas, verifica-se que reside nas complicações do puerpério a causa de morte mais frequente. Conclui-se pela possibilidade de baixar ainda mais a taxa de mortalidade das mulheres portuguesas por causa de maternidade na medida em que algumas das mortes serão ainda evitáveis, em relação com uma mais adequada e eficaz assistência médica na gravidez e no parto. É o caso, nomeadamente, das classificadas em toxemia gravídica, hemorragia na gravidez e no parto e em outras complicações principalmente ligadas com a gravidez, parto e trabalho de parto. São inquantificáveis as mortes devidas a abortamentos já que não aparecem distintas da gravidez ectópica e molar. Sabe-se no entanto que o abortamento clandestino foi responsável por um terço das mortes maternas em 1995 e 1996.<sup>205</sup> Um estudo aponta para 40 mil abortos ilegais por ano.<sup>206</sup>

## Morbilidade

Nas mulheres portuguesas encontramos taxas de morbilidade mais baixas (comparativamente com os homens) relativas às *doenças que constituem as principais causas de morte* – doenças do aparelho circulatório, acidentes, SIDA, hepatites, tuberculose, cancro.

As taxas de incidência do *cancro da mama e do cancro do colo do útero* (doenças características das mulheres) são muito inferiores às da União Europeia e superiores às de mortalidade. No caso do cancro da mama, a taxa de incidência é duas vezes superior à taxa de mortalidade e no do colo do útero é quatro vezes superior.

Para além das patologias que mais frequentemente aparecem entre as causas de morte, outras perturbações, com grande prevalência nas sociedades desenvolvidas, têm vindo a ganhar uma dimensão importante.

A *osteoporose primária*, ligada ao envelhecimento, verifica-se nas mulheres e nos homens mas torna-se um problema de saúde importante nas mulheres em consequência do maior risco de fractura que resulta da sua menor massa óssea máxima (na idade da maturidade) e da aceleração da perda óssea nos anos que se seguem à menopausa. Um estudo<sup>207</sup> com mulheres portuguesas de

---

<sup>204</sup> Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, página web em 12-04-2000.

<sup>205</sup> Calado, Beatriz 1998 "Dia mundial da saúde: a saúde da mulher" *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 16 (1): 21-23.

<sup>206</sup> Dias, C. M. e col., 2000, "Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993-1997): estimativas....", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol 18 (2): 55-63.

<sup>207</sup> Elias, Maria de Fátima de Araújo Lopes, 1998, "Osteoporose, quedas e fracturas ósseas em mulheres idosas (estudo prospectivo em Portugal)", Dissertação de Mestrado em Saúde

60 e mais anos de idade mostrou que a osteoporose duplica o risco de fractura em caso de queda.

A prevalência da *obesidade* tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos<sup>208</sup> tanto em adultos como em jovens. Em Portugal, os dados do Inquérito Nacional de Saúde<sup>209</sup> permitem estimar que são obesas 29,1% das mulheres portuguesas (29,6% dos homens); a tendência para a obesidade aumenta com a idade, nomeadamente a partir do escalão etário dos 35-44 anos.

A prevalência da *anorexia nervosa* nas mulheres jovens das sociedades ocidentais está calculada em 0,5% sendo dez vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens.<sup>210</sup> Em Portugal, um estudo na área de Lisboa e Vale do Tejo, identificou 0,4% de casos clínicos de anorexia nervosa.<sup>211</sup> A prevalência da bulimia é calculada em 2%, vinte vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens.<sup>212</sup> As jovens estudantes universitárias constituem o grupo mais vulnerável ao aparecimento deste tipo de perturbações, com taxas de incidência mais elevadas.<sup>213</sup> As jovens portuguesas estão entre as menos vulneráveis a estas perturbações do comportamento alimentar com uma prevalência inferior à encontrada noutros países,<sup>214</sup> o que está de acordo com a mais baixa proporção de jovens universitárias entre nós relativamente aos outros países desenvolvidos. Com efeito, estudos com amostras de estudantes universitárias indicam uma prevalência, neste grupo, relativamente elevada.<sup>215</sup>

Muitas mais mulheres do que homens fazem *tentativas de suicídio* enquanto que muitos mais homens se suicidam o que, em grande medida, se relaciona com as técnicas utilizadas (medicamentos são a arma das mulheres, enquanto que os homens utilizam mais as armas de fogo). Os poucos dados disponíveis em Portugal são coincidentes com esta observação de constantes maiores taxas de incidência de tentativas de suicídio nas mulheres do que nos homens.<sup>216</sup>

*Alcoolismo* – As mulheres, como categoria, sempre apareceram à luz dos inquéritos como mais fracas bebedoras do que os homens o que continua a verificar-se. Verifica-se até uma tendência para o aumento dessa diferença, quer em número de mulheres abstinentes que são três vezes mais do que os homens, quer em quantidade de bebida – as mulheres bebem mais frequentemente apenas como ritual.<sup>217</sup>

---

Pública, na área de Especialização em Epidemiologia, Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 74 e anexos.

<sup>208</sup> Queirós, L., 1999a *op.cit.*; Santiago, Luiz Miguel, 1999, *op. cit.*

<sup>209</sup> Ministério da Saúde, DEPS, 1997, Inquérito Nacional de Saúde – 1995/1996 Continente – Dados Gerais, Lisboa.

<sup>210</sup> Gonçalves, Sónia, 1998 Perturbações do Comportamento Alimentar: estudo de prevalência junto de uma população universitária feminina, Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Minho.

<sup>211</sup> Carmo 1996.

<sup>212</sup> Baptista, Fernando *et al.*, 1996 “The Prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population”, *European Eating Disorders Review* 4(4): 260-270.

<sup>213</sup> Gonçalves, Sónia 1998, *op cit.*

<sup>214</sup> Gonçalves, Sónia 1998, *op cit.*

<sup>215</sup> Baptista, 1996, *op.cit.*; Gonçalves, 1998, *op.cit.*

<sup>216</sup> Saraiva 1997; Santos 1998; Gabinete de Planeamento e 1996.

<sup>217</sup> Gameiro, Aires, 1998, “Hábitos de beber dos portugueses e prevenção dos problemas ligados ao álcool” *Hospitalidade* – ano 62 – n.º 244, Julho-Setembro, 9-37

*Tabaco* – Segundo dados do Eurobarómetro,<sup>218</sup> em Portugal, a percentagem de fumadoras era em 1994/95 muito menor (15%) do que a de fumadores homens (38%). Contudo, entre 1987 e 1995 verificam-se evoluções diferentes para Portugal no que respeita aos géneros. Nas mulheres verificou-se, um aumento da percentagem de fumadoras. Inversamente, nos homens, verificou-se uma redução. O Relatório Europeu sobre a Mulher e o Tabaco<sup>219</sup> confirma que a prevalência do tabagismo entre as mulheres portuguesas, apesar de baixa, tende a aumentar. O consumo de tabaco pelas adolescentes aumentou mais do dobro entre 1977 e 1988 – de 14% em 1977 para 31% em 1988.

Não existem estudos epidemiológicos sobre o *consumo de droga* pelas mulheres portuguesas. Os dados disponíveis são, genericamente, omissos relativamente aos géneros. As informações dos profissionais indicam ser menor a representação das mulheres enquanto consumidoras de cuidados especializados nesta área.

A informação disponível sobre *doença mental* nas estatísticas portuguesas refere apenas o movimento dos estabelecimentos de psiquiatria com internamento. Aí se pode verificar que são em menor número (quer em entradas, quer em primeiras admissões) os internamentos de mulheres (45% do total) em relação aos de homens<sup>220</sup> (não se encontram outros dados diferenciados por sexo). Contrariamente, os estudos na população geral apontam para uma maior prevalência de morbilidade psiquiátrica em mulheres do que em homens.<sup>221</sup>

### **Para além das taxas epidemiológicas**

As taxas de morbilidade são indicadores menos fiáveis, na medida em que não correspondem à morbilidade real que, para além das doenças medicamente diagnosticadas, engloba as afecções assintomáticas e cuja sintomatologia não é percebida, bem assim como as perturbações vivenciadas pelas próprias pessoas como doença mas que o médico não diagnostica, ou porque não reconhece como doença, ou porque deles não chega a ter conhecimento.

Os estudos sociológicos preferem os inquéritos de auto-avaliação e auto-declaração pela pessoa inquirida e avançam por metodologias qualitativas no domínio das representações sociais sobre saúde/doença que todavia aparecem limitadas à análise do discurso, mais interessadas pela dimensão cognitiva do que pelos processos sociais em que o cultural opera e a partir dos quais se

---

<sup>218</sup> European Network for Smoking Prevention, 1999, “A mulher e o Tabaco na União Europeia” – Relatório Europeu, Europe Against Cancer, Bruxelas.

<sup>219</sup> European Network for Smoking Prevention, 1999 *op.cit.*

<sup>220</sup> INE, Estatísticas da Saúde 1996, 1997, 1998

<sup>221</sup> Vaz Serra, A., 1976, “Experiência crítica de um trabalho de campo”, I Congresso Nacional de Psiquiatria Social, Lisboa; Silva, Luísa Ferreira da et al., 1991, “Investigação epidemiológica de saúde mental com a escala de rastreio ER/80”, *Psiquiatria Clínica*, 12 (2): 65-68; Simões, J.A. et. al., 1996, “Doença psiquiátrica nos cuidados de saúde – estudo epidemiológico – Centro de Saúde de Gois”, *Psiquiatria Clínica*, vol 17 (4): 297-307; Carmona, Filomena S., 1996, “Estudo da Prevalência do Risco da Patologia Mental, em Medicina Familiar” in Revista de Psiquiatria Clínica, 17 (2): 139-146; Soares, Catarina et al. (1999) “Morbilidade Psiquiátrica e Morbilidade Sexual numa população feminina não seleccionada” in Revista Psiquiatria Clínica, 20, (3): 195-204.

poderá atingir uma compreensão dos diversos modos de viver/influir a saúde e a doença.<sup>222</sup>

*Auto-percepção e declaração do estado de saúde* – De uma forma geral, os estudos internacionais encontram uma sistemática maior morbilidade declarada nas mulheres do que nos homens. As maiores diferenças encontradas respeitam à sintomatologia de mal-estar subjectivo e de reacções psicofisiológicas algumas das quais são mais prevalentes nas declarações das mulheres (tristeza, nervos, cansaço, dor de cabeça, insónia e falta de forças) enquanto que outras são semelhantemente prevalentes nas mulheres e nos homens (tremura e suor das mãos, taquicardias), mas muito menos frequentemente são medidos comportamentos do tipo agressividade, violência, consumo de tabaco, alcoolização e consumo de drogas os quais são muito mais frequentes nos homens.<sup>223</sup>

Segundo os indicadores investigados pelo Inquérito Nacional de Saúde,<sup>224</sup> a auto-avaliação da saúde pelas mulheres é menos positiva do que a dos homens. Confundidas todas as idades, a maior parte das respostas das mulheres indicam que o seu estado de saúde é razoável (41,1%) o que também acontece nos homens (41,5%). A diferença reside nas restantes respostas que nas mulheres vão em maior proporção para as categorias “mau” e “muito mau”.

A variação das respostas quanto à percepção do estado de saúde aparece associada à escolaridade – à medida que esta aumenta, vai-se aquela tornando mais positiva. As respostas “mau” e “muito mau” são maioritárias nas mulheres com 4 ou menos anos de escolaridade. A grande maioria das mulheres que têm treze e mais anos de escolaridade responde “bom” e “muito bom” (esta associação entre percepção do estado de saúde e escolaridade também aparece nos homens). Deve ser tido em conta que nesta associação poderá estar também implicado o nível etário das inquiridas já que o aumento da escolaridade se verifica nas gerações mais novas.

Dados do Eurobarómetro para 1996<sup>225</sup> são indicativos de que Portugal é o país da União Europeia (15 países) em que as mulheres avaliam mais negativamente o seu estado de saúde.

*Recurso a cuidados* – Os indicadores mais frequentemente utilizados na observação do recurso a cuidados são o número de consultas médicas e o número/dias de hospitalização; outros actos são também por vezes interrogados, como sejam a realização de exames complementares de diagnóstico, a toma de medicamentos e a utilização de terapias não médicas/”populares” e/ou alternativas.

Nos países ocidentais, observa-se em geral que as mulheres vão mais vezes a *consultas médicas* do que os homens, excepto durante a infância. Em grande parte, este excesso é devido às exigências particulares do seu sistema reprodu-

---

<sup>222</sup> Fassin, Didier, 1992, “Pouvoir et maladie en Afrique”, Paris, PUF, 259.

<sup>223</sup> Idem.

<sup>224</sup> Portugal, Ministério da Saúde, DEPS, 1997, Inquérito Nacional de Saúde 1995/96.

<sup>225</sup> Commission Européenne, 1997, “L’état de la Santé des Femmes dans la Communauté Européenne” Emploi & Affaires Sociales, Luxembourg, p. 147.

tivo, com o maior excesso de consultas a situar-se nas idades reprodutivas.<sup>226</sup> Alguns estudos põem em causa que o maior recurso a consultas médicas pelas mulheres esteja associado a maiores níveis de doença.<sup>227</sup> A maior utilização dos serviços pode também estar relacionada com a decisão clínica e as representações sociais presentes nos profissionais.<sup>228</sup>

Em associação com o maior recurso às consultas, também as mulheres aparecem com maior *consumo de medicamentos* – entre os quais se incluem os contraceptivos e os relacionados com o controlo da ansiedade.<sup>229</sup>

Não há em Portugal dados publicados relativamente à morbilidade nem à utilização dos serviços com distinção de género nas crianças. As estatísticas de utilização dos centros de saúde, únicas existentes, não fazem essa diferenciação.

As *taxas de hospitalização* aparecem, em todas as idades, inferiores nas mulheres comparativamente aos homens, particularmente se deduzidas as hospitalizações por razões relacionadas com a reprodução.<sup>230</sup>

Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde,<sup>231</sup> os procedimentos adoptados pelas pessoas que referem alterações do estado de saúde quase não diferem entre mulheres e homens, embora mais homens do que mulheres respondam “não fazer nada”. Os comportamentos referidos consistem em tomar medicamentos que conheciam, consultar o médico e recorrer a um *tratamento caseiro* – chás, ervas, etc..

As mulheres apresentam também maior recurso a consultas médicas. O consumo de medicamentos para dormir é outro indicador que aparece mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens.

## Reflexões e debates na saúde de género

Os estudos sobre saúde das mulheres revelaram diferenças de género no que respeita à epidemiologia da saúde/doença. Eles também deram um impulso às pesquisas sobre saúde pelas questões novas que levantaram quer ao nível da interpretação dos resultados disponíveis, quer ao nível da interrogação metodológica dos indicadores com que a pesquisa tem operado.

Porque aumenta mais rapidamente a esperança de vida média das mulheres? Tudo o que se sabe sobre causas de mortalidade (as superiores taxas de acidentes nos homens e as taxas relacionadas com o trabalho profissional, por exemplo), poderá, com mais estudos, vir a explicar a parte dessa realidade que

---

<sup>226</sup> Waldron, Ingrid, 1983, “Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence”, *Soc. Sc. & Med.* 17(16): 1107-1123 ; Macfarlane, A., 1990, “Official statistics and women's health and illness”, in ROBERTS, Helen, “Women's health counts”, London: Routledge. 200: 18-62 ; Guignon, N. et al. 1996 “Morbidity et consommation médicale. Des évidences à nuancer selon l'âge et l'indicateur retenu” in Saurel-Cubizolles, Marie-Joséphé; 1996, op.cit. 386: 36-67.

<sup>227</sup> Briscoe, Mónica, 1987 “Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlation of G.P. consultation” *Soc. Sc. & Med.* 25:507-513.

<sup>228</sup> Mechanic, David, 1978, “Sex, illness, illness behavior, and the use of health services”, *Soc. Sc. & Med.* 12B:207-214.

<sup>229</sup> Mechanic, David, 1978, “Sex, illness, illness behavior, and the use of health services”, *Soc. Sc. & Med.* 12B:207-214 ; Waldron, Ingrid, 1983, op.cit.

<sup>230</sup> Guignon, N. et al. 1996 op.cit.

<sup>231</sup> Portugal, Ministério da Saúde, DEPS, 1997, Inquérito Nacional de Saúde 1995/96.

se ancora nos factores culturais e sociais. Mas, porque é menor, desde o período de vida fetal, a mortalidade feminina?

Em que medida a comparação das duas grandes categorias de género é elucidativa das diferenças, entre mulheres e homens, ou é, pelo contrário, comprometedora da visibilidade do que nessa comparação é mais igual do que diferente? No interior de cada uma das categorias de género, sabe-se que a mortalidade e a auto-percepção de saúde, por exemplo, são variáveis com a estratificação social.

As orientações da pesquisa existente apontam hoje para a necessidade de passar a ter em conta a diversidade interna à categoria género. Não sendo uma categoria exclusivamente biológica mas socio-cultural, tem de deixar de ser usada como se fosse uma categoria homogénea<sup>232</sup>. Porventura, serão mais distantes entre si os indicadores de saúde/doença das mulheres de diferentes estratos sociais do que entre mulheres e homens com posições sociais idênticas. Este é um domínio em que pesquisa sobre saúde das mulheres está limitada pela metodologia das ciências sociais que ainda não operacionalizou classificações de classe adequadas ao estatuto das mulheres na sociedade. Particularmente para o género feminino, torna-se necessário que a classificação de classe integre, para além do estatuto socio-económico-profissional próprio, também o do cônjuge/companheiro,<sup>233</sup> à semelhança do que já se fez para integração do estatuto da família de origem.

Uma das associações estatísticas que ilustra a necessidade de uma averiguação sistemática que diferencie estratos sociais, tipos de família e situações ocupacionais é a associação estatística entre casamento e menor mortalidade. O estado conjugal é um factor social que contribui diferencialmente para a probabilidade de morrer. A mortalidade das mulheres casadas é, em geral, menos elevada do que a das não casadas – nestas, sobressaem as mortes violentas ou por acidente e, recentemente, a SIDA (mais frequentes nas solteiras de 25-44 anos), suicídio, acidentes, cirrose e SIDA (mais frequentes nas de 45-64 anos).<sup>234</sup> Este efeito que associa o casamento com uma menor mortalidade deixa de ser visível nas mulheres mais idosas – a partir dos grupos etários que iniciam nos 65 anos.<sup>235</sup>

Estudo recente<sup>236</sup> comparativo, em sete países, das diferenças na mortalidade total e específica das mulheres em relação com o seu nível educacional conclui que são menores do que nos homens as desigualdades socio-económicas na mortalidade das mulheres o que só não se verifica claramente no caso da mortalidade por neoplasmas; numa única causa de mortalidade, as doenças cardio-vasculares, as desigualdades são mais acentuadas. Mas outros

---

<sup>232</sup> Gomez, Elza., 1993, "Género, Mujer y Salud en las Americas", Washington: Organización Panamericana de la Salud, 304p. ; Bartley, Mel et al., 1998, "Beyond the Black Report", *Sociology of Health & Illness* 20(5):563-577.

<sup>233</sup> Singly, François de, 1987, "Fortune et infortune de la femme mariée", Paris, PUF. p. 228.

<sup>234</sup> Bouvier-Colle, M.H. 1996 op.cit.; Lovell, A.; Fuhrer, R., 1996, in Saurel-Cubizolles, M.-J, 1996 op. cit.:252-283, para uma revisão de 21 estudos epidemiológicos.

<sup>235</sup> Idem.

<sup>236</sup> Mackenbach, Johan P. et al., 1999, "Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: na international study", *American Journal of Public Health* vol. 89, n.º 12:1800-1806.



estudos<sup>237</sup> revelam que as diferenças na mortalidade das mulheres entre estratos socio-económicos só são ligeiramente menores do que as que se verificam no caso dos homens no que respeita às mulheres casadas – para todas as outras, a diferença é semelhante relativamente aos homens.<sup>238</sup>

A pesquisa epidemiológica sobre morbilidade diferencial de género tem estado em grande parte condicionada pelos indicadores registados nos serviços de saúde, indicadores que, do ponto de vista da pesquisa, são em grande parte inadequados, procurando estabelecer associações entre a saúde/doença e os factores sociais, mais preocupados em verificar correlações do que em explicar mecanismos.<sup>239</sup>

No terreno da morbilidade a pesquisa é complexa já que o mal-estar individual (“illness”) que é designado como doença pela medicina (“disease”) é a resultante subjectiva de uma construção social (“sickness”) de difícil validação externa.<sup>240</sup> A auto-atribuição do estado de “doente” é variável, face a sintomas equivalentes, de sociedade para sociedade<sup>241</sup> e, no seio de uma mesma sociedade, com a posição ocupada na estratificação social.<sup>242</sup> Também a subjectividade do clínico que estabelece o diagnóstico está implicada pois a sua avaliação é informada culturalmente<sup>243</sup> e modelada pelas representações sociais de género nas quais a não-correspondência com as expectativas sociais tende a ser confundida com a perturbação das capacidades cognitivas e emocionais.<sup>244</sup>

A vivência do corpo é diferente nas mulheres e nos homens, de acordo não apenas com as diferentes fisiologias, feminina e masculina, mas com a socialização diferencial dos dois géneros desde a infância. A aparente (auto-declarada) maior presença de sintomas de mal-estar no género feminino

---

<sup>237</sup> Mackenbach, Johan P., 1999, "Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study", *American Journal of Public Health* 89(12):1800-1806 ; Mathews, Sharon et al., 1999, "Social inequalities in health: are there gender differences?", *Social Science and Medicine* 48(1): 49-60.

<sup>238</sup> Vagero, Denny, 2000, “Health inequalities in women and men” *British Medical Journal* 320(7245):1286-1287.

<sup>239</sup> Cresson, Geneviève, 1997, La sociologie de la médecine méconnaît- elle la famille?, *Sociétés contemporaines*, 25, Janvier, 45-63.

<sup>240</sup> Zempléni, Andras, 1988, “Entre ‘sickness’ et ‘illness’: de la socialisation à l'individualisation de la maladie”, *Social Science and Medicine* 27 (11): 1171-1182; Herzlich, Claudine 1969, “Santé et maladie – analyse d'une représentation sociale”, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales. 210p.; Backett, K.C., 1990, “Studying health in families: a qualitative approach”, Londres, Routledge. 261: 57-84.

<sup>241</sup> Mauss, Marcel., 1985 (9ª ed), 1950 (1ª ed), “Sociologie et Anthropologie”, Paris, PUF – Quadrige. 482p.

<sup>242</sup> Syme, S. Leonard; Berkman, Lisa F., 1976, “Social class, susceptibility and sickness”, *American Journal of Epidemiology* 104(1):1-8; Townsend, Peter; Davidson, Nick (ed.s), 1982 (1ª ed.), 1983, “Inequalities in health – the black report”, GB:Penguin Books, 240p. CALNAN, M., 1987, Health and illness, the lay perspective”, London: Tavistock, 198p.

<sup>243</sup> Zola, I.K. 1969 (1962, 1ª public.), “Culture and Symptoms. Na analysis of patients’ presenting complaints” in Herzlich, Claudine, “Médecine, maladie et société”, 1969, Paris: Mouton, pp: 27-41.

<sup>244</sup> Doyal, L.; Gough, I., 1991 “A Theory of human need”, London: Macmillan cit. por Sambler, Annette, 1998 “Gender, health and the feminist debate on postmodernism” in Scambler, G.; Higgs, P., op.cit.: 100-124.

merece ser estudada do ponto de vista socio-antropológico a diferentes níveis. Ela pode revelar uma especial atenção ao corpo específica da consciência do ser feminino, fisiológico (hormonal, nomeadamente) e cultural. E pode também questionar a visão de saúde das nossas sociedades em que todo o mal-estar que se traduz no corpo é integrado na construção social da doença e deve ser submetido à interpretação biomédica.