

Este sexto volume da Coleção Gênero e Contemporaneidade, organizado pelo Grupo de Pesquisa “Relações de Gênero”, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, representa o processo de internacionalização que o Grupo vem adquirindo nos últimos tempos através do intercâmbio com pesquisadoras e pesquisadores de diferentes universidades do Brasil e da Península Ibérica. Além disso, comprova que as questões e problemáticas suscitadas pelos Estudos de Gênero não estão restritas a determinados países ou contextos, embora possam apresentar algumas nuances diferenciadas. Os 12 textos, aqui apresentados, discutem a importância do gênero nas questões relativas ao setor de saúde, enfocando estudos empíricos sobre as diferenças nos processos de saúde e doenças de homens e mulheres, assim como as diferenças nas práticas de diferentes grupos profissionais. Os leitores e as leitoras poderão encontrar aqui reflexões sobre variadas temáticas relativas à saúde, sempre enfocando a necessária análise do gênero como um dos mais poderosos determinantes sociais de saúde na atualidade.

GÊNERO & SAÚDE: diálogos ibero-brasileiros

CAPA Vinícius Xavier
 REVISÃO DE TEXTO Patrícia Aragão e Caren Capaverde
 EDITORAÇÃO ELETRÔNICA Leonardo Andres Halon e Alúfsio Pinheiro

IMPRESSÃO E ACABAMENTO 



EDIPUCRS – Editora Universitária da PUCRS
 Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33
 Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900
 Porto Alegre – RS – Brasil
 Fone/fax: (51) 3320 3711
 e-mail: edipucrs@pucrs.br - www.pucrs.br/edipucrs.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G326 Gênero & saúde : diálogos ibero-brasileiros / org. Marlene Neves Strey, Conceição Nogueira, Mariana Ruwer de Azambuja. – Porto Alegre : Edipucrs, 2010.
 328 p. – (Coleção gênero e contemporaneidade ; 6)

ISBN 978-85-7430-962-0

1. Psicologia. 2. Relações de Gênero. 3. Saúde. 4. Violência – Mulheres. I. Strey, Marlene Neves. II. Nogueira, Conceição. III. Azambuja, Mariana Ruwer de.

CDD 301.6

Ficha Catalográfica elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Viola a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do Código Penal), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos direitos Autorais).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

Capítulo 1 - As Tramas de Gênero na Saúde
 Marlene Neves Strey, Gilda Pulcherio 11

Capítulo 2 - Gênero e Saúde: Uma Relação ainda Oculta
 Antônio Manuel Marques 35

Capítulo 3 - O Gênero na Saúde: Discursos e Representações de Profissionais sobre o Contexto Português
 Célia Soares, Ana Rita Laranjeira 59

Capítulo 4 - Do Estoicismo Face à Dor: Um Modelo Enraizado sobre a Contextualidade das Expectativas de Papel de Gênero de Leigos/as e Enfermeiros/as
 Sônia F. Bernardes, Maria Luísa Lima, Paula Paulino 79

Capítulo 5 - Um Universo Paralelo: Empoderando as Mulheres na Saúde
 Graziela C. Werba 115

Capítulo 6 - O Gênero na Saúde Sexual e Reprodutiva
 Cecília Vieira Costa 131

Capítulo 7 - A Invisibilidade do Gênero no Campo da Saúde: o Caso da Violência contra Mulheres em Portugal
 Mariana Porto Ruwer de Azambuja, Conceição Nogueira 159

Capítulo 8 - La Fotointervención como Técnica de Concienciación de la Violencia de Género
 Leonor M. Cantera 189

Capítulo 9 - Violência Sexista e Processos Grupais de Apoio
 Neus Roca Cortés 213

Capítulo 10 - O Adoecer Feminino e a Culpabilidade Discursiva: Considerações sobre a Incidência do Lúpus em Mulheres
 Nadia Regina Loureiro de Barros Lima 255

Capítulo 11 - O Sujeito Universal do Cuidado no SUS: Gênero, Corpo e Cuidado com a Saúde nas Falas de Profissionais e Usuários do Hospital Universitário - Florianópolis, Santa Catarina
 Mara Coelho de Souza Lago, Rita de C. Flores Müller 279

GÉNERO E SAÚDE: UMA RELAÇÃO AINDA OCULTA

António Manuel Marques

O paradigma ecológico tem posto em causa as formas tradicionais e hegemónicas de encarar os fenómenos da saúde e da doença, pois estas tendem a desvalorizar os efeitos dos factores socioculturais, deixando por explicar uma boa parte das disparidades identificadas nos níveis de saúde dos indivíduos e das comunidades. Por isso, procuraremos, em primeiro lugar, valorizar a reflexão acerca dos determinantes da saúde e do pensamento epidemiológico, dando ênfase à literatura que apela à perspectiva ecológica acerca dos fenómenos de saúde e de doença.

Essa reflexão crítica tem permitido perspectivar e valorizar o género enquanto determinante da saúde, a qual carece da clarificação dos significados e da distinção dos conceitos de sexo e de género. É sob esse princípio que apelamos a alguns dos autores que têm vindo a questionar a relação entre esses conceitos e criticado o seu uso, muitas vezes como sinónimos e como estratégia de manutenção da desigualdade entre sexos, nas várias áreas de intervenção dos profissionais e serviços de saúde.

Depois de ter perspectivado a saúde individual e colectiva como fenómeno multideterminado e o género como princípio organizador da vida social (WEST, 1993), salientaremos a pertinência da genderização das situações de saúde e de doença. Através da literatura, identificaremos algumas propostas de orientação para a mudança das práticas individuais e organizacionais neste domínio.

Determinantes sociais da saúde

Decorreram duas décadas desde a aprovação da Carta de Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986) e deve assinalar-se o seu impacto teórico e ideológico. É, contudo, questionável o nível de efectividade da aplicação dos princípios que a constituem (NUTBEAM, 2004).

Os princípios dessa Carta acentuam, entre outros, a multideterminação dos fenómenos de saúde, bem como o papel activo dos indivíduos, das comunidades e dos diversos actores sociais na sua promoção e manutenção. Mas, o efectivo reconhecimento, nesse processo, da importância dos contextos reais da existência pode ser uma meta por realizar (BARRETO, 1998; BEST et al., 2003; NUTBEAM, 2004; POTVIN et al., 2005).

Algumas perspectivas críticas e mais cépticas associam essa resistência à mudança de paradigma às fundações básicas da saúde pública, nas quais é notório o predomínio da óptica das ciências biomédicas, do poder dos especialistas e de uma psicologia dita comportamentalista (PORTER, 1999; NUTBEAM, 2004; POTVIN et al., 2005).

Os modelos de orientação predominantes tendem, ainda no contexto actual, a encaminhar as actividades dos profissionais deste domínio para a “prescrição de acti-

vidades estandardizadas¹, como um conjunto de práticas corporizadas ou comportamentais, no sentido de “reduzir a prevalência dos factores de risco individuais entre a população” (POTVIN et al., 2005, p.591). Como resultado, “a nossa capacidade para compreender e criar teorias acerca das interacções complexas envolvidas nos programas [de uma saúde pública integradora] é limitada” (POTVIN et al., 2005, p.591).

A integração dos contributos da teoria social contemporânea é uma via para o enriquecimento e complexificação dos saberes e de aumento da eficácia das práticas da saúde pública, adquirindo um duplo sentido: muitas situações tradicionalmente consideradas como problemas sociais são susceptíveis de uma interpretação à luz da perspectiva da saúde (“*healthification of social issues*”), assim como se realçam as dimensões relacional e social das práticas de saúde (POTVIN et al., 2005, p.591).

Considerar os determinantes sociais da saúde nas formulações teóricas e metodológicas e na definição de objectivos e de prioridades significa a aceitação de que os fenómenos de saúde e de doença sofrem o efeito das condições reais de vida dos indivíduos e da organização social mais vasta² (HERTZMAN; FRANK; EVANS, 1993; KRIEGER et al., 1993; KRIEGER, 1994; LINK; PHELAN, 1995; FROHLICH; POTVIN, 1999; BERKMAN; KAWACHI, 2000; WILKINSON; MARMOT, 2003; DOYLE et al., 2006; MCGINNIS, 2006; IRWING; SCALI, 2007).

Empiricamente, existe acordo de que os contextos de vida (os lugares) interferem positiva e negativamente nos níveis de saúde individuais e colectivos e algumas definições de princípios orientadores atribuem-lhes um destaque relativo. É necessário, todavia, reforçar, ao nível conceptual, um pensamento verdadeiramente integrador (MACINTYRE; ELLAWAY; CUMMINGS, 2002). Para que tal ocorra, como dizem Potvin e colegas (2005, p. 592), é preciso que, no planeamento de intervenções (...) “a saúde acesse a realidade social, o que requer teorias fortes que suportem as práticas inovadoras”.

De um ponto de vista discursivo e conceptual, pode dizer-se que o conceito de determinantes sociais da saúde não é absolutamente novo. A literatura científica e os documentos orientadores dos últimos 50 anos, incluindo os da Organização Mundial da Saúde, revelam alguma insistência no tema (IRWING; 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 Virchow⁴: “Não encontramos nós as doenças do povo quando descobrimos os defeitos da sociedade?”⁵

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 que reconhecem e valorizam os determinantes da saúde, as quais parecem depender dos interesses políticos, económicos e ideológicos prevalentes num dado momento (IRVING; SCALI,

¹ Por opção, traduzimos, livremente, para a língua portuguesa os excertos de publicações redigidas noutras línguas.

² No sentido que lhe é atribuído por Deborah Lupton (1995, citado por Potvin et al., 2005, p. 591).

³ Neste contexto preciso, sob a designação de “organização social” entendem-se “as relações criadas através e entre os vários estratos, as quais formam a rede em que os fenómenos de saúde e de doença se desenvolvem” (POTVIN et al., 2005, p. 592).

⁴ Patologista europeu do Século XIX, citado por Irwin e Scali (2007, p.236).

⁵ Tradução livre de: “Do we not always find the diseases of the populace traceable to defects in society?”

2007). 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. Apesar de se assinalarem bons exemplos de como as duas perspectivas de enriquecem mutuamente, sobretudo no domínio da vigilância, controlo e prevenção das doenças transmissíveis, essa tensão parece que ainda não está completamente resolvida. Com efeito, tem-se observado a dificuldade em aplicar de forma eficaz o vasto conhecimento sobre imunologia e virologia, bem como dos mecanismos de transmissão das doenças, mesmo no dito mundo desenvolvido, em grande medida, pela resistência das comunidades e pela multiplicidade de determinantes em causa (INHORN, 1995; LOW et al., 2005; INHORN; JANES, 2007).

Este balanço menos positivo, no entendimento dos autores, 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 sociopolíticos, ecológicos, evolutivos e culturais.

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” (INHORN; JANES, 2007, p.295). É este o caminho para a acentuação da importância da estrutura face ao sujeito, a consideração definitiva de que as forças macroestruturais subordinam o controlo individual dos factores que afectam a saúde individual e colectiva.

Os mesmos investigadores, num artigo de revisão da produção teórica e prática de Frederick Dunn, sintetizam 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 biomédica e social deve (...) “explorar os nexos entre as consequências do comportamento na saúde e as correlações sociais e culturais desse comportamento” (INHORN; JANES, 2007, 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. 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 (LAWSON; FLOYD, 1986, p.1029).

O paradigma ecológico na epidemiologia

Na resenha descritiva e analítica das transições de paradigma assumidas pela epidemiologia até ao início da década de 1990, Susser e Susser (1996a, p.669) destacam as eras da “estatística sanitária”, da “epidemiologia das doenças infecciosas” e, por último, da “epidemiologia da doença crónica”. Consideram também que a tentativa de conhecimento e de controlo das doenças crónicas, na óptica epidemiológica, revela, ainda, uma forte ligação com os conceitos da saúde pública e uma preocupação explícita nos grupos mais afectados por esse tipo de doenças, nomeadamente os homens de meia-idade. Propõem, por essa razão, a aproximação a uma perspectiva ecológica.

De um ponto de vista prático, a adopção de um paradigma ecológico em investigações epidemiológicas permite aprofundar e compensar a insuficiência da orientação estrita para os factores de risco individuais, mesmo quando se consideram populações relativamente vastas (SUSSER; SUSSER, 1996a, 1996b). Para tal, é preciso considerar e articular os níveis societal com a patogénese e a causalidade, ao nível molecular, revalorizando a perspectiva hipocrática acerca dos efeitos do meio nos níveis de saúde individual e comunitária.

Para os autores referidos, a metáfora que melhor define este tipo de paradigma é a da “caixa negra”, ou seja, o desejo de encontrar os factores e processos menos visíveis que explicarão tanto a incidência como a prevalência de determinado tipo de patologia. Contudo, os problemas de saúde induzidos ou associados ao nível societal apontam para a localização das dificuldades mais salientes, o que limita as potencialidades deste paradigma para clarificar, isoladamente, o papel das forças sociais e a relação entre estas e a saúde. Intervir ao nível societal, no sentido da prevenção, implica por um lado, uma relativa desfocalização do nível 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).

Sob esta perspectiva, para a compreensão mais profunda e para a acção eficaz sobre os problemas de saúde com raízes de ordem sociocultural, sugere-se a necessidade de articulação de níveis de análise e de intervenção. Por um lado, é necessário conhecer os mecanismos biológicos subjacentes às doenças, 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 conexões entre as diversas sociedades, de forma a conhecer os percursos da disseminação (SUSSER; SUSSER, 1996b, p.674-5)⁶. Esta via, segundo os investigadores, permitirá aos epidemiologistas considerar, em simultâneo, os níveis molecular e societal.

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

⁶ Para a exposição do seu raciocínio e defesa desta alternativa ao trabalho epidemiológico, os autores tomaram o exemplo do VIH/SIDA, daí a referência implícita às doenças transmissíveis.

propostas que, nas últimas duas décadas, têm vindo a ser explicitadas (BANDURA; KICKBUSCH, 1991; KRIEGER, 1994; SUSSER, 1994a, 1994b; OPPENHEIMER, 1995; WEED, 1995; LAWSON; FLOYD, 1996; PEARCE, 1996; NEEDLEMAN, 1997; WING, 1998; SYME; FROHLICH, 2001; INHORN; JANES, 2007).

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 valorizar a óptica ecológica. 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 valorizada pelos epidemiologistas.

Em defesa desta orientação ecológica proposta por Susser e Susser (1996b, p.675) está o facto elementar de que

(...) cada sociedade é influenciada pelas circunstâncias económicas, políticas e culturais próprias, bem como pela articulação entre os elementos humanos, climáticos e topográficos.

Assim, no domínio do físico/corpo, da biologia e da realidade social, a atenção à inter-relação de elementos característicos de um dado contexto é imperativa, ainda que tal possa significar o abandono do desejo de construção de leis universais.

É da orientação por estes princípios que surge a metáfora das “caixas chinesas”, simbolizando o paradigma da ecoepidemiologia (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. A epidemiologia deverá, pois, analisar os determinantes e os resultados a diferentes níveis da organização.

Do ponto de vista conceptual e metodológico, sob a orientação deste paradigma, os procedimentos seguem os preceitos aceites pela ciência, mas modificam-se os níveis de análise considerados, na tentativa de conhecer a realidade, na sua máxima complexidade.

O género como determinante da saúde

Em consonância com a perspectiva que valoriza o trabalho articulado entre investigadores dos domínios biomédico e social para um efectivo conhecimento acerca dos determinantes da saúde, também quanto ao género se defende a mesma orientação e a mesma prática. Como afirma Doyal (2004, p.82), (...) “é preciso identificar as ligações entre sexo e género e clarificar a relação destes com os determinantes da saúde, em sentido amplo”.

Com efeito, ao aceitar-se que o género é um dos determinantes da saúde, acentua-se a possibilidade de criar e adoptar estratégias de acção sobre a realidade, incluindo a análise crítica das práticas individuais e organizacionais, das formas de recolha, tratamento e organização dos dados e do desenvolvimento das competências dos profissionais que se dedicam à educação e à investigação (DOYAL, 2002; DAVIDSON et al., 2006).

Se a dimensão societal influencia os níveis de saúde e determina as causas de doença e de morte, pois estes não são uma mera consequência de factores biológicos (ditos naturais), é, portanto, viável e desejável introduzir mudanças nas políticas de saúde através de medidas de carácter social.

A adopção de uma perspectiva genderizada no domínio da saúde, distinguindo os factores biológicos e sociais, mas explorando, ao mesmo tempo, a interacções entre ambos e sendo sensível ao modo como as desigualdades afectam as experiências de saúde, orientará os sistemas de saúde para a identificação de respostas a desafios colocados pela organização social do género neste domínio específico (SEN; GEORGE; ÖSTLIN, 2002, p.6).

Com efeito, o género interfere directamente com a vulnerabilidade face à doença, bem como com as experiências de saúde das mulheres, dos homens, dos rapazes e das raparigas, fazendo parte intrínseca da organização dos sistemas de saúde e, de forma mais alargada, das instituições em geral (HAFNER-BURTON; POLLACK, 2002; THEOBALD et al., 2005; THEOBALD; SIMWAKA; KLUGMAN, 2006). Por essa razão, é urgente 'genderizar a investigação', ou seja, fomentar estudos que facilitem um conhecimento aprofundado acerca desta questão, a fim de se atingirem maiores níveis de saúde e de bem-estar nos indivíduos e nas populações. Nas palavras das investigadoras Theobald e colegas,

(...) genderizar a investigação em saúde exige que o género seja considerado não apenas em termos do conteúdo da investigação, mas também das estruturas e processos que sustentam esse investimento (THEOBALD; SIMWAKA; KLUGMAN, 2006, p.337).

Para se caminhar no sentido da valorização do género no campo da saúde ou, como dizem Sen e colegas (2002, p.6), para se "olhar a saúde através das lentes do género", haverá que explicitar os significados que se podem atribuir à expressão 'género' e considerar as suas implicações teóricas e práticas.

Genericamente, 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 intermutáveis e sinónimas. O uso da palavra 'género', por seu lado, pode ter-se imposto na comunidade científica 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; AMÂNCIO, 2003). Pela sua natureza multifacetada, os termos género e sexo são muitas vezes utilizados como sinónimos e pensados como duas entidades, inevitavelmente, covariantes (DAVIDSON et al., 2006, p.731).

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 (KIM; NAFZIGER, 2000, 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 à 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.

O mesmo se passará na situação inversa, quando se atribui ao sexo a causalidade de uma doença, canalizando-se o investimento de recursos tendo por base uma causalidade indeterminada ou mal delimitada. Essas autoras defendem que os investigadores, nomeadamente do domínio da clínica e da farmacologia, devem ser precisos no uso que fazem dos conceitos e vigiar as conotações negativas que se tem vindo a atribuir ao termo 'sexo'. Para elas, (...) "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" (KIM; NAFZIGER, 2000, p.3).

Justifica-se, assim, a necessidade de clarificar os significados dos termos 'sexo' e 'género', bem como as implicações que derivam da sua utilização.

Em torno dos conceitos de sexo e de género

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.

Opta-se, nesta definição, por uma óptica bipolarizada 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). Todavia, esta associação do sexo à dimensão biológica e o género à social tem sido discutida por alguns autores, uma vez que é encarada como uma perspectiva dualista e demasiado simplista. Mais adiante discutiremos os limites que se assinalam nesta concepção.

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 (LAQUEUR, 1992; GARLICK, 2003; 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, discute-se a sobreposição entre sexo, género e sexualidade, uma

vez que se lhes passa a atribuir um estatuto de categorias ontológicas e analíticas distintas e relativas.

Foi a partir destes desenvolvimentos de índole científica e conceptual que o conceito de sexo, enquanto elemento antes considerado exacto e suficiente para descrever e definir as mulheres e os homens, foi dando lugar ao conceito de género.

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 os sexos (AMÂNCIO, 1993, 1994, 1995). Em grande medida, mas não em exclusivo, é sob este enquadramento que os estudos de género ou sobre o género foram ganhando visibilidade e importância, particularmente, a partir das últimas décadas do Século XX (AMÂNCIO, 1994, 2001, 2003; HARRISON, 2006; 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, contudo, o questionamento do género trouxe consigo a problematização da posição social dos homens e, também, a ênfase na masculinidade.

A relação entre os conceitos de sexo e de género

Wendy Harrison interroga-se sobre a possibilidade de reconciliar os conceitos de sexo e de género, propondo que estes sejam vistos de forma unificada. Sob tal proposta reside a ideia de que não existe incompatibilidade entre a consideração do corpo quando se analisam os aspectos socioculturais e a valorização das identidades que se constroem a partir dele. Para isso, nas suas palavras, é preciso (...) “reconhecer que o pensamento que cria [esses] ambientes é, ao mesmo tempo, um produto cerebral, social e cultural” (HARRISON, 2006, p. 35).

Para a autora, existem sinais de que, nos últimos anos, tem vindo a reacender-se o debate a este propósito, algo que parecia ultrapassado. Em concreto, aceita a avaliação de Christine Delphy, do início da década de 1980⁷, para quem os objectivos da criação do conceito de género não tinham sido, afinal, atingidos. Tal como afirma Harrison (2006, p.36), citando Delphy, o uso do termo ‘género’ continua a ser visto de forma bipolarizada e dependente directo do ‘sexo’, reforçando a dicotomia entre a ‘natureza’ e a ‘criação’.

Essa tendência, 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 mulheres e homens e, logo, as potencialidades do conceito de género.

Ainda que existam diferenças anátomo-fisiológicas entre os sexos, esta perspectiva pretende discutir que estas sejam tomadas como sustentação da construção social do género⁸. Se, para alguma teoria feminista, como sublinha Wendy Harrison na obra

⁷ Harrison (2006, p.36) citando DELPHY (1984).

⁸ O que nos parece corresponder à expressão de doutrina das diferenças naturais, utilizada por Robert Connell (1987).

referida, as vivências do corpo específicas das mulheres não devem ser menosprezadas, é preciso estar ciente que, dessa forma, se demonstra a justiça da afirmação de Christine Delphy quanto à prisão do conceito de género ao de sexo, impedindo a atribuição de independência ao primeiro.

No fundo, está em causa a forma como se encara e distingue a natureza distinta do sexo e do género, pois, como afirma Harrison (2006, p.37), enquanto o sexo é associado ao que é sólido, o género é associado à imaterialidade:

[a] aparente solidez e realidade do sexo é fortemente associada à ideia de que os corpos (‘sexo’) têm uma substância, enquanto as mentes e as relações (‘género’) não têm.

Será, sobretudo, com as perspectivas do construcionismo social e da teoria feminista que se reivindica, nas últimas décadas, a existência de uma enorme diversidade de formas de expressão individual e colectiva no domínio do género. Nas últimas décadas, como afirma Robert Nye (2005), tem sido possível discutir conceptualmente a sobreposição entre os homens e a masculinidade e entre as mulheres e a feminilidade.

A tendência crescente para aceitar a grande diversidade de possibilidades de realização do potencial individual colocou radicalmente em causa a forte associação entre o corpo, o sexo, o género e a sexualidade. No entanto, esta continua a manifestar uma enorme capacidade de resistência às propostas e aos desejos de transformação da realidade.

O sexo, o género e o corpo

A observação da exterioridade genital foi sendo assumida como base para a classificação, em termos sexuais, de cada indivíduo e, a partir dela, construir a sua identidade e as práticas de género. Ser homem ou mulher, rapaz ou rapariga corresponderia a essa articulação entre a base biológica e a construção social que esta sustenta e legítima. Esta não é, como analisámos, uma relação linear e indiscutível.

Na obra *Gender Trouble*, Judith Butler (1990, p.xii), alega que o género é uma representação ou personificação que adquire o carácter de realidade e naturalidade, mas que, apesar disso, é uma artificialidade. Desse modo, haverá que aceitar que as categorias baseadas no corpo são discutíveis, ou seja, têm de ser “desnaturalizadas” e o seu significado revisto, pois é fundamental questionar a lógica que encara o corpo, o sexo, o género e a sexualidade como sobreponíveis e interdependentes.

A separação absoluta e vertical entre os sexos, encarando a feminilidade e a masculinidade como realidades binárias radicadas em fundamentos ‘naturais’, deve, pois, ser sujeita à interrogação e reflexão. Para Judith Butler (1993, p.x), (...) “a materialidade do sexo é construída através da repetição ritualizada de normas”, pelo que o próprio corpo pode ser pensado como uma construção.

É indiscutível que o corpo tem uma dimensão material, um estatuto factual e sensível, mas ao falar-se de ‘construção’ não se coloca em causa essa dimensão e esse estatuto. Com efeito, para ela, o recurso ao termo ‘construção’ é frequentemente associado a algo artificial e dispensável, mas esse sentido deve ser questionado.

Se a constituição do corpo se realiza a partir de elementos imprescindíveis para

que este sustente a existência de um 'eu' ou de um 'nós', é facilmente verificável que as manifestações desse mesmo corpo apenas são viáveis pelos (...) "constrangimentos produtivos de certos esquemas reguladores altamente genderizados" (BUTLER, 1993, p.xi). Por essa razão, é necessário questionar como se realiza a construção e genderização do sexo, quer dizer, como a produção social contribui para a materialização do sexo.

A ideia muito comum de que as diferenças entre os sexos são essencialmente materiais é questionável quando se pensa como essas diferenças são fáceis e comumente objecto de marcação e de formação de discursos. Os discursos a propósito das diferenças entre os sexos partem do 'sexo', enquanto categoria, e associam-lhe um carácter normativo e regulador e definem um ideal, tal como afirma Judith Butler (1993, p.1):

O 'sexo' não funciona apenas como norma, mas é parte de uma prática reguladora que produz os corpos que rege, ou seja, tal força reguladora expressa-se através de uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir – demarcar, circundar, diferenciar – os corpos que controla.

Neste sentido, o 'sexo' constitui-se como um ideal regulador, materializado e vivificado através de práticas normativas eficazes e dinâmicas. O reforço sistemático das normas de materialização do 'sexo' é dinâmico, pois este não é estático e necessita de observação constante do seu cumprimento através do tempo, como um processo de 'rematerialização'.

Ainda que se possa considerar que os contornos e as acções que o corpo executa são indiscutivelmente materiais, o sexo, sedado neste, não é imune aos processos de construção social. Assim sendo, o 'sexo' não é uma realidade estática e inquestionável, como se fosse imune a ambiguidades e como se o que entendemos por 'natural' não fosse sujeito a processos de construção sócio-históricos.

Apesar desta perspectiva, a autora chama a atenção para o risco extremo de negar a existência do sexo, deixando que este seja absorvido pelo género (des-substanciação do sexo), por ambos estarem sujeitos a processos de construção social de significados. Defende, por isso, que se considerem estes processos de construção como temporais e sujeitos à reiteração de normas, ou seja, que (...) "o sexo é simultaneamente produzido e desestabilizado no decurso dessa reiteração" (BUTLER, 1993, p.10). Sinteticamente, a perspectiva de Butler alega que entre o 'sexo' e o 'género' há uma relação contínua e inevitável, pois ambos partilham de elementos produzidos socialmente.

Este debate acerca da relação entre o 'sexo' e o 'género' e das suas naturezas pretensamente distintas – uma natural e outra sociocultural – teve também o contributo de Thomas Laqueur. Para esse autor, a oposição entre as ideias de 'sexo biológico' e as construções sociais acerca do corpo e da sua inteligibilidade radicam na tensão ainda muito usual entre os universos natural e cultural (LAQUEUR, 1992, p.26), a qual é bastante discutível. Para ele, essa lógica alternada que opõe sexo e género é redutora, levando a que a distinção entre ambos fosse sempre precária.

Assim, o posicionamento do autor é de que se evite a anulação das diferenças produzidas pela 'natureza', como se estas apenas derivassem da 'cultura', pelos significados que socialmente lhes são atribuídos. Todavia, tal como Butler, este autor reforça a necessidade de conceber a ligação entre o sexo e o género como próxima, contingente e localizada:

(...) o corpo privado, estável e fechado que parece ser a base das noções modernas da diferença sexual é também o produto de momentos históricos e culturais particulares (LAQUEUR, 1992, p.32).

No mesmo sentido, e contribuindo para o debate acerca da relação entre o sexo e o género, Robert Connell (1987, p.87) sublinha a importância de contextualizar historicamente o entendimento acerca do corpo, dizendo: (...) "o corpo nunca está fora da história e a história nunca está livre da presença do corpo e dos efeitos sobre o corpo".

Por último, e em jeito de síntese, Wendy Harrison (2006, p.47) defende que a produção de homens e de mulheres descreve um processo performativo, resultando numa unidade que articula, de forma complexa, aspectos biológicos e psicossociais, razão pela qual não podemos deixar de estar permanentemente atentos ao 'sexo' e ao 'género', seguindo sempre um pensamento crítico e reflexivo acerca da ligação entre ambos.

No seu conjunto, na linha da afirmação dessa autora, estas propostas sugerem que as categorias baseadas no 'sexo' sejam objecto de uma desconstrução, as quais tendem a ser encaradas como previamente garantidas, e que se assinalem as formas como estas são socialmente construídas.

Se o género é um constructo social que resulta de um conjunto de factores – comportamentos, valores, atitudes, contextos, para além de atributos de ordem biológica, física e hormonal (DAVIDSON et al., 2006) –, assinala-se aqui uma das ligações possíveis com o universo da saúde.

Género, práticas e cuidados de saúde

Em geral, é facilmente aceite que a biologia determina as diferenças encontradas nos níveis e problemas de saúde das mulheres e dos homens, o mesmo não acontecendo com a reivindicação da necessidade de reduzir as disparidades de natureza política, social e económica que os diferenciam (DAVIDSON et al., 2006, p.731).

Ainda que, empiricamente, se observe que o género é um dos factores sociais directamente implicados nas desigualdades de saúde, tem sido lento o enquadramento teórico e político dessa perspectiva, sobretudo devido à forte tendência para associar ou fundir o género com as diferenças biológicas entre os sexos (SEN; GEORGE; ÖSTLIN, 2002, p.2).

Algumas das características biológicas que distinguem os sexos poderão, só por si, determinar e explicar as diferenças bastante nítidas nos padrões de saúde e de doença experienciados por mulheres e homens. Mas, para além das diferenças directamente relacionadas com os sistemas reprodutivos, não deve excluir-se o que distingue os sexos, aos níveis genético, hormonal e metabólico (BEDINGHAUS; LESHAN; DIEHR, 2001; 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 reconhecido que as diferenças entre os sexos ultrapassam esse domínio. Nos últimos anos, vários autores têm defendido a necessidade de atender à influência de factores biológicos nos padrões de mortalidade e de morbilidade de cada sexo, o que se torna óbvio nas situações de cancro cervical ou da próstata (DOYAL, 2001).

Outros exemplos dão conta das diferenças entre os sexos no que se refere à incidência, à sintomatologia e aos prognósticos de vários problemas de saúde, como sejam, o VIH/SIDA, as doenças infecciosas tropicais, a tuberculose, as doenças autoimunes e a doença coronária (DOYAL, 2001, p.1061). Sem negar a importância dos factores de natureza biológica, é, assim, imperioso ter em conta as diferenças de género (socialmente construídas) quando se pretende contribuir para a realização do potencial dos indivíduos e para que as suas vidas sejam longas e saudáveis.

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; LESHAN; DIEHR, 2001; DOYAL, 2001, 2003). Como exemplo, podem-se referir as actividades, as condições de trabalho, a natureza distinta dos papéis sociosexuais, as quais acarretam diferentes níveis e tipos de risco para a saúde e suscitam padrões de mortalidade e de mortalidade distintos. Do mesmo modo, os processos e padrões de acesso aos cuidados de saúde, os conflitos armados e políticos e a instabilidade económica, por exemplo, afectam distintamente homens e mulheres (CAMERON; BERNARDES, 1998; SEN; GEORGE; ÖSTLIN, 2002; DOYAL, 2004).

Não basta pensar, pois, nos papéis sociais como a raiz explicativa da diferença entre os sexos no que se refere aos padrões e níveis de saúde. Essa ênfase exclusiva ou excessiva nos papéis sociais suscita a acção sobre os comportamentos individuais como estratégia de mudança, deixando por questionar as políticas e os modos de organização social que sustentam a desigualdade entre os sexos (SEN; GEORGE; ÖSTLIN, 2002). Está em causa a necessidade de reorientação conceptual, nomeadamente quando se pretende agir sobre o domínio específico da saúde, uma vez que os comportamentos são suscitados, enquadram-se e espelham o nível societal, e não são apenas o resultado de opções individuais (KABEER, 1994; SEN; GEORGE; ÖSTLIN, 2002).

Para que se considerem, efectivamente, as diferenças biológicas e a especificidade das necessidades de saúde em cada sexo, é preciso uma vigilância permanente quanto ao que se considera 'natural' (dado pela biologia), pois as construções genderizadas nem sempre são evidentes, pelo que carecem de um olhar mais crítico e interrogativo. Mais do que sublinharem a diferença, essas construções sociais sustentam e sancionam positivamente a discriminação social, perpetuando, assim, a desigualdade, em geral e ao nível da saúde (SEN; GEORGE; ÖSTLIN, 2002, p.5).

Os efeitos do género no sector da saúde

Para entender como o sector da saúde é, no fundo, uma estrutura genderizada, é preciso identificar como este incorpora as raízes do género nas suas políticas, medidas e modos de organização. Genericamente, os efeitos do género mantêm-se no campo da saúde, porque as normas e viéses continuam presentes nas tomadas de decisão, tanto nas organizações públicas como privadas, mesmo contrariando algumas medidas sociais que procuram ser sensíveis à igualdade de género (GIDEON, 2006, p.330).

Várias pesquisas têm identificado os efeitos (viéses) do género no campo da saúde, como na formação, na investigação, na literatura, nos manuais médicos e nos documentos técnicos e de orientação institucional, os quais acentuam estereótipos so-

cialmente associados a cada um dos sexos (WENGER; SEEROFF; PACKARD, 1993; ALEXANDERSON; WINGREN; ROSDAHL, 1998; RISBERG et al., 2003). Em seguida, referiremos alguns exemplos ilustrativos.

Ao analisarem os manuais de várias disciplinas médicas, como da dermatologia, epidemiologia, medicina ocupacional e saúde pública, Alexanderson e colegas (1998)⁹, mostraram como estes recursos pedagógicos e as práticas formativas dão corpo a ideologias genderizadas no domínio da saúde.

Dessa análise destaca-se a tentativa de construir textos e difundir saberes pressensamente 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 respeito¹⁰. No entanto, sublinham os investigadores, as mensagens deixem pressupor que se referem, implicitamente, ao ser masculino.

Uma das observações mais salientes das análises desses investigadores, em vários dos manuais, dá conta de que a norma é definida a partir das particularidades dos homens, a qual serve de padrão de comparação das mulheres.

Um dos exemplos citados refere-se ao domínio da saúde comunitária e à 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 (ALEXANDERSON; WINGREN; ROSDAHL, 1998, 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 salienta o papel da mãe e se omite o do pai.

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. Contudo, paradoxalmente, nos EUA, a taxa de mortalidade feminina devido a doença cardíaca é entre quatro a seis vezes superior à do cancro da mama (BEDINGHAUS; LESHAN; DIEHR, 2001, p.1393).

Provavelmente, segundo esses investigadores, o investimento público incisivo em campanhas de prevenção do cancro da mama, mais do que das doenças cardíacas nas mulheres, estão na origem do maior receio destas em relação à doença oncológica mamária. 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 com as mulheres.

Para além dos comportamentos individuais e dos factores que, directa e indirectamente, os influenciam, os autores reveem um conjunto de estudos que dão conta do subdiagnóstico médico dos sinais de alerta de doença cardíaca nas mulheres, mesmo em situações agudas. Em parte, esta situação é devida à especificidade dos sintomas apresentados pelas mulheres, os quais podem ser menos (re)conhecidos ou subvalorizados pelos profissionais (BEDINGHAUS; LESHAN; DIEHR, 2001, p.1394).

Ainda neste estudo, os investigadores recorrem à literatura para identificar al-

⁹ Seguindo o protocolo criado por Alexanderson (1999).

¹⁰ O que, do ponto de vista linguístico, é facilitado, considerando que todos os manuais analisados usavam a língua inglesa.

gumas das medidas dos níveis primário e secundário que, com efectividade, poderiam prevenir a ocorrência de doenças cardíacas na mulher. Assim, é analisada a importância do investimento no domínio da actividade física, obesidade, controlo da diabetes, da hipertensão, da hiperlipidemia e do consumo tabágico, mas considerando sempre a eficácia potencial para a especificidade do ser feminino.

Um dos aspectos que, neste estudo, merece destaque é a complexificação de propostas de acção, baseadas, por sua vez, na identificação dos factores biopsicossociais 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 (factores que, em associação, produzem efeitos ao nível da mortalidade e morbilidade), bem como dos níveis de adesão às mensagens preventivas (BEDINGHAUS; LESHAN; DIEHR, 2001).

Algumas mensagens de promoção da saúde são outro excelente exemplo de como existe pouca reflexão acerca da dimensão social dos comportamentos de saúde, nomeadamente nas áreas da educação alimentar e do aleitamento materno. Tanto num caso como noutro, a informação disponibilizada pelos profissionais e serviços de saúde não considera as realidades concretas de vida das mulheres, as quais, frequentemente, contrariam o desejo de aderirem ao que é aconselhado. Do mesmo modo, não se tem investido 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 (GIDEON, 2006, p.332-333).

Relativamente aos problemas de saúde aos quais a perspectiva dominante tem dado mais atenção, em termos globais, constata-se um predomínio daqueles que mais afectam os homens, em especial as doenças crónicas, como sejam a doença cardíaca, o cancro no pulmão e a úlcera péptica (SUSSER; SUSSER, 1996a; INHORN; WHITTLE, 2001), 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 antifeminista". Esta se caracteriza 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 (KRIEGER et al., 1993; KRIEGER; FEE, 1994; KRIEGER; ZIERLER, 1995; INHORN; WHITTLE, 2001).

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 filhos, ignorando as realidades e diferenças das suas vidas, altamente marcadas pela genderização.

Outra das expressões do "viés antifeminista" referido por Inhorn e 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 identificação da relação entre o factor de risco e a patologia resultante, evitando aprofundar a razão de existência desses factores de risco, nomeadamente se estarão relacionados com factores económicos, políticos e sociais. Ou seja, não se questiona com

profundidade o que leva a que algumas doenças específicas afectem mais incisivamente determinados indivíduos ou grupos e que alguns contextos ou momentos históricos produzam essa susceptibilidade acrescida (INHORN, 1995; INHORN; WHITTLE, 2001).

As mulheres são, como sublinhámos, encaradas como beneficiárias especiais da atenção das políticas e serviços de saúde, mas a atenção que lhes é dada dirige-se para as suas necessidades enquanto mães, pois os factores implicados nos efeitos de género na morbilidade são, tendencialmente, ignorados. No mesmo domínio, as necessidades dos homens são, por regra, pouco adequadas e o seu papel na saúde reprodutiva não tem merecido grande investimento (GIDEON, 2006, p.331).

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 (VERBRUGGE, 1995; MOYNIHAN, 1998; COURTENAY, 2000; DOYAL, 2001; DANIELSSON; JOHANSSON, 2005; HOLLAND; HILL, 2007).

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). A não adopção de 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 identificar os mecanismos da sua difusão, é um primado essencial do enriquecimento da visão epidemiológica e uma via para a transformação do sector da saúde. De forma muito directa e recorrendo a um discurso metafórico, Krieger e colegas 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 (KRIEGER et al., 1993, p.109).

Sublinham esses investigadores que, para a 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). Em seguida, procuramos identificar algumas medidas que, potencialmente, facilitarão a concretização dessa perspectiva.

Perspectivas para a genderização do olhar sobre a saúde

Reflectir sobre o género e sobre as desigualdades que este sustenta ao nível da saúde deve ultrapassar a focalização exclusiva nas necessidades de saúde particulares das mulheres (STANDING, 1997) ou na mera análise separada da situação de cada um dos sexos (ELSON, 1998; GIDEON, 2006).

A perspectiva da desigualdade de género procura, justamente, investir na análise da articulação das relações de género com a produção da vulnerabilidade face à doença e com a manutenção da desvantagem face aos sistemas e cuidados de saúde, tanto num sexo como noutro. Assim, esta perspectiva manifesta uma (...) "preocupação

central com as relações de poder e considera que a saúde pode ser também um contexto de conflito de género” (GIDEON, 2006, p.331). A integração da perspectiva de género nas linhas de acção do sector da saúde adquire, portanto, um outro sentido: em lugar de uma focalização exclusiva na situação particular das mulheres, procura olhar esse sector como uma estrutura genderizada.

Tradicionalmente, o pensamento e a intervenção social sobre as desigualdades de género têm sido fortemente associadas às situações particulares do ser feminino (HOLTER, 2005), incluindo no domínio específico da saúde e do desenvolvimento (THEOBALD et al., 2005). Todavia, ainda que, dos pontos de vista histórico e objectivo, tal tendência seja compreensível e defensável, pretende-se alargá-la, tanto do ponto de vista conceptual como prático.

Entender o género como foco central na saúde implica a sua consideração em todas as etapas do planeamento e da prestação dos cuidados de saúde, evitando a conotação com os projectos centrados nas mulheres. Desse modo, (...) “as intervenções devem ter em conta o grau de acesso e de controlo de homens e mulheres relativamente aos recursos necessários para proteger a própria saúde, a da família e a da comunidade”, o que exige que a acção seja localizada nos contextos sociais e culturais e que as necessidades e prioridades de ambos os sexos sejam valorizadas (THEOBALD et al., 2005, p.143).

Marcia Inhorn e K. Lisa Whittle identificam três formas emergentes naquela a que chamam “nova epidemiologia”: a epidemiologia crítica, a epidemiologia popular e a epidemiologia alternativa. Elas esperam contribuir para a definição de uma nova perspectiva, procurando a definição de uma forma de concretizar o trabalho epidemiológico que se articule com as anteriores, mas que se mantenha próxima das leituras feministas dos fenómenos de saúde/doença (INHORN; WHITTLE, 2001, p.554).

Os traços essenciais da perspectiva crítica da epidemiologia, protagonizada por Nancy Krieger e colegas (KRIEGER et al., 1993; KRIEGER; FEE, 1994; KRIEGER; ZIERLER, 1996) têm uma clara proximidade com o pensamento feminista, o que é aceite e valorizado por Inhorn e Whittle (2001, p.555). Desses traços, distinguem-se os seguintes:

- no estudo e problematização da exposição e susceptibilidade face ao risco, questionar as construções binárias entre o biológico e o social, o corpo e a mente, o físico e o espiritual;
- exercício contínuo da reflexividade acerca dos efeitos do género, da etnia, da classe social e do contexto nos fenómenos de saúde e de doença, aos níveis individual, grupal e familiar, ou mesmo nas sociedades e nas nações;
- questionar o modo como esse conjunto de factores e níveis interagem e clarificar os seus efeitos dialécticos nas relações entre indivíduos e grupos dominantes e dominados, dando tanta atenção àqueles que beneficiam do estatuto de norma como àqueles que ocupam uma posição de alteridade;
- promover o reforço da consciência dos investigadores em epidemiologia e em saúde pública, de forma a dotá-los de dispositivos de questionamento crítico face às suas orientações conceptuais e epistemológicas,
- demonstrar preocupação com as raízes da discriminação baseada no género e na raça;

- aceitar que a ‘objectividade científica’ não é imune à localização social do sujeito-investigador e que, por isso, é preciso reconhecer também o valor do conhecimento empírico;
- dar especial atenção às implicações éticas da investigação, nomeadamente, quanto às situações de exploração das mulheres;
- orientar a investigação para a acção concreta e transformadora, valorizando princípios emancipatórios e de mudança das instituições hierarquizadas.

Esta é, parece-nos, uma orientação coerente com os valores e as concepções relativas à multideterminação dos fenómenos de saúde e de doença, a qual desafia o pensamento mais clássico da epidemiologia e do trabalho em promoção da saúde e permite considerar, efectivamente, os efeitos de género nas suas múltiplas dimensões e contextos. Se, nas práticas de cuidados, planeamento, intervenção organizacional e comunitária, os conceitos de sexo e de género forem objecto de clarificação prévia e utilizados de modo adequado e deliberado, será facilitada e promovida a adopção da perspectiva de género.

Por esse caminho, assumem-se e valorizam-se, com clareza, os factores psicossociais associados ao género, permitindo procurar, interpretar e questionar as diferenças entre os sexos no domínio da saúde, aos vários níveis, em lugar de as aceitar como factos derivados do primado biológico e da natureza e de os defender como uma fatalidade.

Referências

- ALEXANDERSON, Kristina. An assessment protocol for gender analysis of medical literature. *Women & Health*, v.29, n.2, p.81-98, 1999.
- ALEXANDERSON, Kristina; WINGREN, G.; ROSDAHL, I. Gender analysis of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational medicine and public health. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, v.11, n.2, p.151-163, 1998.
- AMÂNCIO, Lígia. Stereotypes as ideologies, the case of gender categories. *Aprendizagem. Revista de Psicologia Social*, v.8, n.2, p.163-170, 1993.
- _____. *Masculino e Feminino*. A construção social da diferença. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- _____. Social identity and social change. The case of gender categories. In: AMÂNCIO, Lígia; NOGUEIRA, Conceição (Ed.). *Gender, Management and Science*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1995, p.33-42.
- _____. O género na psicologia: uma história de desencontros e rupturas. *Psicologia*, v.XV, n.1, p.9-25, 2001.
- _____. O género nos discursos das ciências sociais. *Análise Social*, v.xxxviii, n.168, p.687-714, 2003.
- BANDURA, Bernhard; KICKBUSCH, Ilona. *Health promotion research: Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: WHO - European series n° 37. 1991.
- BARRETO, Maurício L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.1, n.2, p.104-122, 1998.
- BEDINGHAUS, Joan; LESHAN, Loren; DIEHR, Sabina. Coronary artery disease prevention: what's different for women? *American Family Physician*, v.63, n.7, p.1393-1400, 2001.
- BERKMAN, Lisa F.; KAWACHI, Ichiro. *Social Epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2000.
- BEST, Allan; STOKOLS, Daniel; GREEN, Lawrence W.; LEISCHOW, Scott; HOLMES, Bev; BUCHHOLZ, Kay. An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. *American Journal of Health Promotion*, v.18, n.2, p.168-176, 2003.
- BUTLER, Judith. *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Nova Iorque: Routledge. 1990.
- _____. *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. Nova Iorque: Routledge. 1993.
- CAMERON, Elaine; BERNARDES, Jon. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociology of Health and Illness*, v.20, n.5, p.673-693, 1998.
- CONNELL, Robert W. *Gender and Power: Society, the person, and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press. 1987.
- CONNELL, Robert W., HEARN, Jeff; KIMMEL, Michael S. Introduction. In: KIMMEL, Michael S.; HEARN, Jeff; CONNELL, Robert W. (Ed.). *Handbook of Studies on Men and Masculinities*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2005. p.1-12.
- COURTENAY, Will H. Behavioural factors associated with disease, injury and death among men: evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies*, v.9, n.1, p.81-142, 2000.
- DANIELSSON, Ulla; JOHANSSON, Eva E. Beyond weeping and crying: a gender analysis of expression of depression. *Scandinavian Journal of Primary Care*, v.23, n.3, p.171-177, 2005.
- DAVIDSON, Karina W.; TRUDEAU, Kimberlee J.; ROSSMALEN, Erica van; STEWART, Miriam; KIRKLAND, Susan. Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education & Behavior*, v.33, n.6, 2006, p.731-743.
- DELPHY, Christine. *Close to Home: a materialist analysis of women's oppression*. Londres: Hutchinson, 1984.
- DOYAL, Lesley. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, v.323, p.1061-1063, 2001.
- _____. Putting gender into health and globalisation debates: new perspectives and old challenges. *Third World Quarterly*, v.23, n.2, 2002, p.233-250.
- _____. Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services*, v.33, n.3, p.569-579, 2003.
- _____. Gender and the 10/90 gap in health research. *Bulletin of the World Health Organization*, v.82, n.3, p.162, 2004.
- DOYLE, Scott; KELLY-SCHWARTZ, Alexia; SCHLOSSBERG, Marc; STOCKARD, Jean. Active community environments and health. *Journal of American Planning Association*, v.72, n.1, p.19-31, 2006.

DUNN, Frederick L.; JANES, Craig Robert. Introduction: Medical anthropology and epidemiology. In: JANES, Craig Robert; STALL, Ron; GIFFORD, Sandra (Ed.). *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrecht: Reidel, 1986. p.3-34.

ELSON, Diane. Integrating gender issues into national budgetary policies and procedures: some policy options. *Journal of International Development*, v.10, n.7, p.929-942, 1998.

FRÖHLICH, Katherine L.; POTVIN, Louise. Health promotion through the lense of population health: toward a salutogenic setting. *Critical Public Health*, v.9, p.211-222, 1999.

GARLICK, Steve. What is a man? Heterosexuality and the technology of masculinity. *Men & Masculinities*, v.6, n.2, 2003, p.156-172.

GIDEON, Jasmine. *Integrating gender interests into health policy*. Development and Change, v.37, n.2, p.329-352, 2006.

HAFNER-BURTON, Emilie; POLLACK, Mark A. Mainstreaming gender in global governance. *European Journal of International Relations*, v.8, n.3, p.339-373, 2002.

HARRISON, Wendy Cealey. The shadow and the substance. The sex/gender debate. In: DAVIS, Kathy; EVANS, Mary; LORBER, Judith (Ed.). *Handbook of Gender Women's Studies*. Londres: Sage Publications, 2006. p.35-52.

HERTZMAN, C.; FRANK, J.; EVANS, Robert G. Heterogeneities in health status and the determinants of population health. In: EVANS, Robert G.; BARER, Morris L.; MARMOR, Theodor R. (Ed.). *Why Are Some People Healthy and Others Not*. The determinants of health in populations. Nova Iorque: Aldine de Gruyter, 1993. p.67-92.

HOLLAND, Carol; HILL, Roslyn. The effect of age, gender and driver status on pedestrians' intentions to cross the road in risky situations. *Accident Analysis & Prevention*, v.39, n.2, p.224-37, 2007.

HOLTER, Oyestein Gullvag. Social theories for researching men and masculinities. In: KIMMEL, Michael S.; HEARN, Jeff; CONNELL, Robert W. (Ed.). *Handbook of Studies on Men and Masculinities*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2005. p.15-34.

INHORN, Marcia C. Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences? *Social Science and Medicine*, v.40, n.3, p.285-290, 1995.

INHORN, Marcia C.; JANES, C.R.. The behavioural research agenda in global health: an advocate's legacy. *Global Public Health*, v.2, n.3, p.294-312, 2007.

INHORN, Marcia C.; WHITTLE, K. Lisa. Feminism meets the 'new' epidemiologies:

toward an appraisal of antifeminism biases in epidemiological research on women's health. *Social Science & Medicine*, v.53, p.553-567, 2001.

IRWIN, Alec.; SCALI, Elena. Action on the social determinants of health: a historical perspective. *Global Public Health*, v.2, n.3, p.235-256, 2007.

KABEER, Naila. *Reversed realities*. Gender hierarchies in development thought. Londres: Verso. 1994.

KIM, Jooran S.; NAFZIGER, Anne N. Is it sex or is it gender? *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, v.68, n.1, p.1-3, 2000.

KRIEGER, Nancy. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science Medicine*, v.39, n.7, p.887-903, 1994.

KRIEGER, Nancy; FEE, Elizabeth. Man made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *International Journal of Health Services*, v.24, n.2, p.265-283, 1994.

KRIEGER, Nancy; ROWLEY, D.L.; HERMAN, A.A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M.T. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well being. *American Journal of Preventive Medicine*, v.9 (supl. 6), p.82-122, 1993.

KRIEGER, Nancy; ZIERLER, Sally. Accounting for the health of women. *Current Issues in Public Health*, v.1, p.251-256, 1995.

_____. What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, v.7, n.1, p.107-109, 1996.

LAQUEUR, Thomas. *La Fabrique du Sexe*. Essai sur le corps et le genre en Occident. Paris: Gallimard. 1992.

LAWSON, J.; FLOYD, J. The future of epidemiology: a humanist response. *American Journal of Public Health*, v.86, n.7, p.1029-1030, 1996.

LINK, B.; PHELAN, J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health Social Behavior*, v.(extra), p.80-94, 1995.

LOW, M. David; LOW, Barbara J.; BAUMLER, Elisabeth R.; HUYNH, Phuong T. Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health. *Journal of Health Politics*, v.30, n.6, p.1131-1162, 2005.

LUPTON, Deborah. *The Imperative of Health*. Public health and the regulated body. Londres: Sage Publishers. 1995.

- MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A.; CUMMINGS, S. Place effects on health: how can we conceptualize, operationalise and measure them. *Social Science & Medicine*, v.55, p.125-139, 2002.
- WILKINSON, Richard; MARMOT, Michael. *Social Determinants of Health: the solid facts*. Compenhaga: WHO. 2003, 2th ed.
- MCGINNIS, J. Michael. Can public health and medicine partner in the public interest? *Health Affairs*, v.25, n.4, p.1044-1052, 2006.
- MOYNIHAN, Clare. Theories of masculinity. *British Medical Journal*, v.317, p.1072-1075, 1998.
- NEEDLEMAN, Carolyn. Applied epidemiology and environmental health: emerging controversies. *American Journal of Infection Control*, v.25, n.3, p.262-274, 1997.
- NUTBEAM, Don. Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*, v.19, p.137-140, 2004.
- NYE, Robert A. Locating masculinity: some recent work on men. *Journal of Women in Culture and Society*, v.30, n.3, 2005, p.1937-1962.
- OPPERNHEIMER, Gerald M. Comment: Epidemiology and the liberal arts - toward a new paradigm? *American Journal of Public Health*, v.85, p.918-920, 1995.
- PEARCE, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health*, v.86, n.5, p.678-683, 1996.
- PORTER, Dorothy. *Health, Civilization and the State*. A history of public health from ancient to modern times. Londres: Routledge. 1999.
- POTVIN, Louise; GENDRON, Sylvie; BILODEAU, Angèle; CHABOT, Patrick. Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, v.95, n.4, p.591-595, 2005.
- RISBERG, Gunilla; JOHANSSON, Eva E.; WESTMAN, Göran; HAMBERG, Katarina. Gender in medicine - an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *International Journal for Equity in Health*, v.2, n.10, p.10-17, 2003.
- SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Pirooska. Engendering health equity: a review of research and policy. In: SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Pirooska (Ed.). *Engendering International Health: the challenge of equity*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2002. p.1-34.
- STANDING, Hilary. Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*, v.12, n.1, p.1-18, 1997.
- SUSSER, Mervyn. The logic in ecological: I - The logic of analysis. *American Journal of Public Health*, v.84, n.5, p.825-829, 1994a.
- _____. The logical in ecological: II - The logic of design. *American Journal of Public Health*, v.84, n.5, p.830-835, 1994b.
- SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, v.86, n.5, p.668-673, 1996a.
- _____. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, v.86, n.5, p.674-677, 1996b.
- SYME, S. Leonard; FROHLICH, Katherine L. The contribution of social epidemiology: ten new books. *Epidemiology*, v.13, n.1, p.110-112, 2001.
- THEOBALD, Sally; SIMWAKA, Bertha Nhlema; KLUGMAN, Barbara. Gender, health and development III: engendering health research. *Progress in Development Studies*, v.6, n.4, p.337-342, 2006.
- THEOBALD, Sally et al. Engendering the bureaucracy? Challenges and opportunities for mainstreaming gender in Ministries of Health under sector-wide approaches. *Health Policy and Planning*, v.20, n.3, p.141-149, 2005.
- VERBRUGGE, Lois M. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, v.26, n.3, p.1156-1182, 1995.
- WEED, D. L. Epidemiology, the humanities, and public health. *American Journal of Public Health*, v.85, n.7, p.914-918, 1995.
- WENGER, Nanette. K.; SEEROFF, Leon; PACKARD, Barbara. Cardiovascular health and disease in women. *The New England Journal of Medicine*, v.329, n.4, p.247-256, 1993.
- WEST, Candace. Reconceptualizing gender in physician-patient relations. *Social Science & Medicine*, v.36, n.1, p.57-66, 1993.
- WEST, Candace; ZIMMERMAN, Don H. Doing gender. *Gender & Society*, v.1, n.2, p.125-151, 1987.
- WHITTLE, K. Lisa; INHORN, Marcia C. Rethinking difference: a feminist reframing of gender/race/class for the improvement of women's health research. *International Journal of Health Services*, v.31, n.1, p.147-165, 2001.

O GÉNERO NA SAÚDE: DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS SOBRE O CONTEXTO PORTUGUÊS

Célia Soares
Ana Rita Laranjeira

O reconhecimento do impacto dos significados culturais de género nas formas de racionalidade que as sociedades modernas mobilizam em torno das categorias mulheres e homens tem vindo a conquistar terreno ao longo das últimas décadas. O sexo, enquanto critério que classifica e diferencia entre duas concepções de pessoa, mas também entre imagens femininas e masculinas particulares (AMÂNCIO, 1994), assume-se como uma variável fundamental para a explicação e desconstrução dessas modalidades de pensamento que afectam os processos sociais e as dinâmicas interpessoais nos mais variados contextos. As imagens sobre o masculino e o feminino, socialmente construídas, carregam a marca dos estereótipos associados às categorias sexuais, justificando, desse modo, as representações largamente partilhadas sobre os modos de ser de mulheres e homens (ibid.).

No que diz respeito ao contexto da saúde, este não é neutro quanto à influência dos padrões de racionalidade do senso comum sobre o sexo e o género. O impacto das representações do pensamento social ao nível do pensamento científico pode conduzir a condições diferenciadoras, e de desigualdade, em termos das práticas clínicas adoptadas pelos/as profissionais, em função do sexo dos/as utentes que procuram os diversos serviços de saúde. Por exemplo, a literatura mostra que no plano das doenças cardiovasculares, os homens parecem ser sujeitos a investigações e intervenções mais intensivas (DONG; BEH-SHLOMO; COLHOUN et al., 1998; ROGER; FARKOUH; WESTON et al., 2000; MARK, 2000), têm maior prioridade e menor tempo de espera nos serviços (SCHENCK-GUSTAFSSON, 2006). Por outro lado, os diagnósticos com sintomas não especificados surgem mais vezes associados às mulheres (HAMBERG; RISBERG; JOHANSSON et al., 2002) e em situações de tratamento farmacológico para a depressão, estas são submetidas a menos avaliações sobre os efeitos secundários dos fármacos, comparativamente aos homens (OLFSON; ZARIN; MITTMAN et al., 2001). A este nível, é relevante sublinhar que a investigação farmacológica tem sido maioritariamente desenvolvida com indivíduos do sexo masculino, apesar de as suas conclusões e recomendações de utilização serem generalizadas a ambos os sexos (JOCHMANN; STANGL; GARBE et al., 2005).

Mas se a literatura tem vindo a mostrar a influência do pensamento do senso comum ao nível das representações e práticas que os/as profissionais mobilizam em torno dos/as utentes, o mesmo acontece entre os próprios grupos profissionais. O cunho da dicotomização das categorias sexuais torna-se visível no plano da formação e dos percursos académicos dos/as profissionais, tendo em conta que em algumas áreas da saúde a genderização encontra-se bem saliente.