

## 1.3.2.

## Género, educação e saúde

*Preservar a saúde de cada pessoa e dos diferentes grupos de indivíduos que constituem a sociedade representa uma das tarefas essenciais para o bem-estar e o desenvolvimento das populações.*

**T**rata-se não apenas de um tema nuclear nas Ciências da Saúde, mas também de uma peça importante no processo global da Educação. A intervenção neste domínio implica melhorar, cada vez mais, os dispositivos de educação, prevenção e protecção que contribuam para a obtenção de mais ganhos em saúde, para cada cidadão e para as populações em geral.

Mas tal tarefa implica o conhecimento dos *determinantes da saúde*, não só sob o ponto de vista das especificidades biológicas dos indivíduos, mas também sob o do contexto ambiental, socioeconómico e cultural e o das interações que se estabelecem.

É possível identificar dissemelhanças no que respeita à saúde de cada pessoa nos diversos momentos do respectivo ciclo vital, quando,

conforme salienta Hilary Graham (2007), se procede a comparações entre indivíduos, ou quando se colocam em equação populações diferentes ou grupos de indivíduos que ocupam posições assimétricas nas hierarquias sociais<sup>1</sup>.

No presente texto, pretende-se dar relevo a um determinante das desigualdades em saúde que é, em parte substantiva, socialmente gerado, mantido e agravado – e por isso merecedor de respostas adequadas numa sociedade que se considera verdadeiramente democrática.

Concretamente, o tema em destaque é o das muitas dissemelhanças em saúde verificadas entre homens e mulheres em particular as que não dependem, no todo ou na parte, das diferenças orgânicas entre sexos. Nestas matérias, há que admitir que não se tem envolvido massa crítica e recursos suficientes na diminuição das desigualdades em saúde, e educativas, entre homens e mulheres, pese embora numerosas iniciativas já tomadas.

Não deixando, assim, de se fazer referência aos aspectos que decorrem da presença de um dimorfismo cromossómico, endócrino, metabólico e somático entre homens e mulheres, procura-se, aqui, acentuar as desigualdades que continuam a ser socialmente

<sup>1</sup> No presente texto, os vocábulos “desigualdades”, “disparidades” e “dissemelhanças” serão empregues como sinónimos, sempre que a apreciação feita não aborde diferenças que envolvam injustiça relativa entre os grupos que estão a ser analisados; estas, serão designadas por “iniquidades”.

construídas a partir desse dualismo e que se inscrevem naquilo que Robert Connel (2002) apelidou de *ordem de género*, ou seja, a forma como as sociedades, à escala global, interpretam as diferenças entre sexos.

Para tal, há que admitir que a abordagem das diferenças em saúde não se confina, apenas, ao conhecimento das características identificadas nos indivíduos de um sexo e do outro. Dizem respeito, igualmente, às políticas de saúde, às formas de prestação e aos prestadores de cuidados, mas também, em parte substantiva, às práticas educativas nos vários contextos de socialização, em particular na escola. Assim, a Escola, enquanto instituição, *fábrica* de saberes e de boas práticas, adquire também um protagonismo relevante neste domínio, dado o mandato pedagógico de que está investida. Nestas matérias, haverá que assumir o facto de que nem saúde, nem educação, têm esgotado as respectivas possibilidades de intervenção.

Para tal, assume-se que o ser homem ou mulher consubstancia uma determinante em saúde complexa, de cariz muito particular, uma vez que as variáveis envolvidas vão muito para além da divisão sexo masculino/sexo feminino. Se, no plano dos factores biológicos, indutores das diferenças, existe uma história secular de produção científica e técnica, no campo dos mecanismos psicossociais e dos dispositivos culturais a partir deles construídos o conhecimento é, ainda, rudimentar.

Muitas dissemelhanças são inultrapassáveis, pelo menos no estágio actual de evolução das ciências médicas, dada a matriz biológica específica que lhes subjaz; mas podem, contudo, ser minoradas se, no plano dos determinantes sociais, as injustiças relativas forem sendo, a pouco e pouco, minoradas ou eliminadas.

Analisa-las e minorar ou anular o respectivo impacte pressupõe assumir, também, posicionamentos éticos e morais acerca delas,

desenvolvendo conhecimentos, lançando políticas e adequando a prestação de cuidados. É numa perspectiva democrática e sob os princípios da justiça social e da igualdade de oportunidades que tal desiderato deve ser perseguido.

Mas o género, enquanto determinante da saúde, só pode ser integralmente percebido quando equacionado nas interacções com as outras determinantes. O impacte produzido só se evidencia, na sua plena expressão, quando o facto de ser homem ou mulher se cruza com outros elementos de análise, que lhe confere valor e contornos diferentes, tais como, de acordo com Lesley Doyal (2000), a classe social de inserção, a etnia, a idade ou o contexto geográfico e político. Contudo, porque o estudo de tais influências não constitui objecto central deste texto, apenas lhes será feita menção em diferentes pontos do mesmo.

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

## **A linguagem dos números**

Se o objectivo é contribuir para minorar as iniquidades em saúde, entre homens e mulheres, há que utilizar uma perspectiva compreensiva acerca dos dados fornecidos pelos indicadores de saúde. Por exemplo, procurar compreender determinantes e factores que influenciam a mortalidade num e noutro sexo; só dessa forma se podem

Figura 1 - Óbitos por todas as causas segundo o sexo e o grupo etário, em 2006

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
01-04	211	141	352
05-14	111	69	180
15-24	485	160	645
25-34	968	334	1302
35-44	2105	805	2910
45-54	3760	1480	5240
55-64	5972	2875	8847
65-74	11641	6964	18605
75 e +	28421	35741	64162
TOTAL	53742	48620	102362

Fonte: DGS – Risco de Morrer em Portugal, 2009

desenhar acções educativas e preventivas fundamentadas.

Começamos pela vida intra-uterina. Os conhecimentos actuais permitem-nos saber que, no mundo, são concebidos mais embriões do sexo masculino do que do feminino, numa razão de cerca de 120/100.

Contudo, também constitui evidência científica o facto dos embriões do sexo masculino apresentarem maior vulnerabilidade dos que os do feminino; assim, não admira que, embora nasçam mais rapazes do que raparigas, a proporção entre sexos é, já, quase semelhante na altura do parto (105/100).

A partir desse momento, e tomando por referência o que se constata nas sociedades industrializadas, em particular, Portugal, qualquer que seja o grupo etário considerado, a mortalidade é sempre mais elevada nos homens do que nas mulheres, excepto a partir dos 75 anos (Figura1). Nas idades jovens da vida, o número de óbitos verificados no sexo masculino chega a ser triplo do verificado no sexo feminino.

Não custa assim aceitar que num estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, a esperança média de vida ao nascer, estimada para os mais de 190 países que a integram fosse superior para o sexo feminino em 97% dos casos. Convirá referir que, na meia dúzia de países em que tal não se verifica, as diferenças são muito ligeiras e os valores são dos mais baixos a nível mundial.

Convirá, por isso, não esquecer que as determinantes sócio económicas e políticas são cruciais neste indicador; ele reflecte, assim, as disparidades gritantes que existem, a nível mundial, entre Estados e entre regiões. A ilustrar o facto, e de acordo com o mesmo estudo da OMS, a esperança média de vida, na Noruega, era de 78,7 anos (76,1 nos homens e 81,4% nas mulheres); no mesmo ano, no Burundi, aquele valor não passava dos 40,8 anos (38,4 nos homens e 42,3 nas mulheres). A estas diferenças grosseiras não são alheios determinantes como o grau de desenvolvimento dos países, os índices de pobreza, a educação, o emprego, o contexto ambiental e os serviços; mas outros factores a eles ligados contribuem

para aquela divergência de valores como, por exemplo, os padrões alimentares, ou o consumo de tabaco, álcool e drogas.

Mas o impacto destes elementos não pode, nunca, ser isolado da condição de homem ou de mulher, a qual, ao longo da vida, gera exposição e vulnerabilidades diferentes face a todos estes elementos.

Quando se toma em consideração o tipo de causas de morte, também encontramos diferenças muito relevantes entre os dois grupos. Tomemos alguns exemplos: no que respeita aos óbitos por acidentes de trânsito com veículos a motor, em Portugal, no ano de 2004, quase 80% dos casos aconteceram em homens; no que se refere a mortes por doença crónica do fígado e cirrose, 74% dos casos disseram respeito a homens e 26% a mulheres; se se quiser salientar as questões do domínio da saúde mental, refira-se que uma proporção semelhante de três para um pode ser encontrada nas situações relacionadas com o suicídio.

Estas dissemelhanças não podem deixar de suscitar várias interrogações. Uma delas poderá ser o equacionar a possibilidade de os homens serem mais vulneráveis à doença, aos traumatismos

e à morte. Mas, a ser assim, como entender, então, que as mulheres sejam mais utilizadoras dos cuidados de saúde? Fazem-no porque “adoecem” mais ou, ao terem esse comportamento, cuidam mais da saúde e atingem maior longevidade? E porque razão, a propósito do seu próprio estado de saúde, se declarem, em geral, menos saudáveis do que os homens, em todas as idades?

Por outro lado, existe evidência científica de que em situações de doença aguda, de patologia crónica não letal e de doenças auto-imunes os índices encontrados são mais elevados no sexo feminino (OMS, 2000).

É evidente que determinado tipo de características específicas determinam as diferenças; basta referir o caso das doenças ginecológicas, das do foro da obstetrícia ou da andrologia. Porém, mesmo no caso daquelas cuja ocorrência é possível, quer nos homens, quer nas mulheres, parece existirem entre os sexos vulnerabilidades desiguais face a algumas delas. Não caberia estar aqui a descrevê-las em pormenor. Tal constitui matéria que, conforme afirmado atrás, não se inscreve no tema central deste texto; pretende-se, sim, abordar as desigualdades em saúde, entre homens e mulheres, que consubstanciam injustiça relativa – e que por

isso devemos procurar minorar ou eliminar.

De facto, existe um número assinalável de outros factores causais das diferenças entre sexos (que não a dualidade biológica) em matéria de saúde. Não se referem tanto ao domínio da susceptibilidade física, mas, muito mais, ao das biografias pessoais, às condutas, no contexto dos mundos “masculino” e feminino”. Em qualquer momento histórico, num e noutra caso, os estilos de vida, as atitudes os padrões comportamentais e a exposição a ambientes físicos e sociais característicos tornam-se determinantes das diferenças.

Conforme sublinha Lígia Amâncio (2002), o capital genético e o perfil hormonal de homens e mulheres, de uma forma genérica, tendem a ser constantes nas diferentes sociedades, contudo, os padrões culturais geradores de diferenças nos valores, nas normas e nos papéis atribuídos a homens e mulheres têm sempre em comum um pilar estruturante: a persistência de uma dicotomia marcada entre sexos, assimétrica quanto ao eixo do poder, assente em valores simbólicos persistentes.

Não admira, por isso, que o género seja, cada vez mais, reconhecido como um dos determinantes sociais com mais peso no contexto da saúde dos indivíduos, ao longo de todo o ciclo de vida, ao mediar os padrões de socialização, a actividade comunitária e as condutas individuais, quer as do domínio público, quer as do privado.

Por outro lado, não pode esquecer-se que, enquanto elementos integrantes da própria sociedade, os saberes científicos, as políticas e as práticas dos profissionais do sector da saúde são, eles próprios, profundamente *genderizados*.

## **Outra leitura dos números**

Para se entender melhor esta complexa interacção, detenhamo-nos com maior detalhe sobre o importante problema de saúde representado pelas doenças cardiovasculares. Abordá-lo numa perspectiva compreensiva e crítica, sob o olhar do género, pode representar um trunfo importante na educação para a saúde tendo em vista a prevenção, desde as primeiras décadas de vida.

Além disso, poderá exemplificar bem a necessidade de serem entrecruzadas, de forma sistemática, as perspectivas biológica e de género na abordagem dos problemas de saúde. Na maioria dos países, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, tanto nos homens como nas mulheres, numa percentagem, aliás, superior no sexo feminino. Contudo, embora desde há muito tempo haja preocupação pelo problema em relação aos homens, só recentemente começou a ser dada importância à questão enquanto problema das mulheres, também.

O facto da questão ter sido e, em certa medida, continuar a ser subestimada nas mulheres

podrá ligar-se à constatação de que estas doenças são mais frequentes nos homens de 40/50 anos, ao passo que, no sexo feminino, surgem, em média, 10 ou mais anos depois. Só após os 75 anos é que a mortalidade por este tipo de patologia é superior nas mulheres que nos homens. Assim, poder-se-á colocar a hipótese do valor social da condição de mulher e de idosa não ser alheia à relativa obscuridade a que este problema de saúde das mulheres tem estado votado.

Mas outros aspectos concorrem para a situação; por exemplo: nos tratados médicos, nas aprendizagens dos alunos e nas práticas clínicas, lida-se com um conjunto de sintomas e sinais que são característicos de doença cardíaca... no sexo masculino. É esse normativo que se utiliza para estabelecer o diagnóstico, em ambos os sexos. Contudo, a evidência científica também nos mostra que, nas mulheres, os sintomas e sinais associados a este tipo de patologia, assim como a evolução clínica podem não ser os mesmos que se encontram mais frequentemente nos homens. Cria-se, assim, uma “norma masculina” que impregna o pensamento clínico e que se expressa, também, nas representações sociais acerca desta doença e de outras – às quais os próprios clínicos não são completamente imunes, enquanto membros de uma comunidade.

Se, por exemplo, um homem de cinquenta anos colocar, de repente, a mão aberta sobre o peito, seremos rapidamente tentados a admitir que foi acometido de doença cardíaca súbita; no caso de se tratar de uma mulher, é provável que se pense, em primeiro lugar, estarmos em presença de uma crise de ansiedade.

Todos estes aspectos contribuem para um conjunto de iniquidades que convêm salientar. Para tal, atente-se, por exemplo, nas conclusões de um estudo de Karin Schenk-Gustafson (2006) realizado na Suécia, em 2006: de acordo com a autora, numa situação de enfarte de miocárdio, no caso das mulheres,

o tempo entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital é, em média, superior em uma hora relativamente ao que se passa no caso dos homens; as mulheres têm maior tempo de espera pela ambulância e, para serem observadas, aguardam vinte minutos mais que os homens.

Num outro trabalho, este realizado em Portugal, em 2007, por Ana Fernandes, Julian Perelman e Céu Mateus, também a propósito da importância do género na saúde e nos cuidados de saúde, verificou-se haver, por parte das mulheres, um acesso deficitário aos recursos tecnológicos na resposta às doenças cardiovasculares, quando comparadas com os homens. Os investigadores constataram, também, que a representação médica sobre este tipo de patologia leva a considerá-la como uma “doença de homens”.

Detenhamo-nos, agora, num outro tipo de problema de saúde, sem dúvida de *magnitude* acentuada, ou seja, o consumo de tabaco. A questão é tanto mais relevante quanto sabemos que se trata de um comportamento que, na maioria dos casos, se inicia durante a segunda década da vida, fase em que são vários os agentes educativos com responsabilidade na prevenção deste consumo.

A nível mundial, de acordo

com a Organização Mundial da Saúde (2007) calcula-se que o número de fumadores seja quatro vezes superior nos homens do que nas mulheres. No entanto em algumas regiões, nomeadamente as mais industrializadas, quase tantas raparigas como rapazes declaram fumar. Algumas projecções apontam, até, para que, no ano de 2025, cerca de um quarto da população do sexo feminino fume, quando, em 2005, a percentagem de fumadoras rondaria os 12%. Ao invés, o consumo tabágico não parece estar a crescer no grupo dos homens.

Este facto vem realçar a necessidade de se ter em conta perspectivas e estratégias de intervenção adaptadas a ambos os grupos, sempre que se procura desenhar e aplicar medidas informativas e preventivas do fenómeno.

Aliás, no campo inverso, ou seja, o do estímulo ao consumo, levado a cabo pela indústria do sector, usam-se técnicas sofisticadas de marketing, as quais, mais não fazem, contudo, do que ancorar-se em estereótipos de várias ordens, nomeadamente os de género, como forma de aliciar os e as potenciais consumidores, alargando os mercados para a venda de tabaco.

As políticas de prevenção em saúde necessitam, por isso, de

jogar com armas semelhantes, de molde a tornar as medidas preventivas mais eficazes.

Além disso, como a própria Organização Mundial de Saúde (2007) sublinha, a evidência científica permite destacar factos relacionados com as repercussões do consumo tabágico nos homens e nas mulheres, os quais devem ser ponderados na intervenção dos profissionais de saúde e valorizados devidamente nos esforços de informação e educação sobre o assunto, em particular junto dos/as jovens.

Por exemplo, ter em consideração que, em termos de saúde, as principais consequências da inalação do fumo do tabaco são as doenças cardíacas, cerebrovasculares e respiratórias (incluindo tumores do pulmão e outros); contudo, se bem que ambos os sexos possam ser vítimas destas patologias, não é irrelevante o facto de se ser homem ou mulher nos dados da morbilidade e mortalidade relacionadas com o tabagismo. De facto, os dados da investigação demonstram que os efeitos do tabaco nos pulmões de mulheres e homens não são simétricos; por exemplo, a ocorrência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e de cancro, apresentam características diferentes num e noutro grupo.

As dissemelhanças ligadas ao sexo biológico poderão explicar, em parte, factos como o de ser mais precoce, nas mulheres, o aparecimento de doença ligada ao consumo de tabaco ou o de, nelas também, os tumores do pulmão precisarem de menos exposição ao fumo para surgirem. Por outro lado, um tipo específico de cancro do pulmão, o adenocarcinoma, tem maior prevalência nas fumadoras do que nos fumadores.

Mas tais dissemelhanças epidemiológicas não podem ser entendidas, exclusivamente, com base nas diferenças biológicas entre sexos. Há, também, que tomar na devida conta e acentuar que diversas práticas ligadas ao consumo tabágico – em larga medida, impregnadas dos ditames do género - são, elas próprias, responsáveis por tais diferenças. A este propósito, refira-se, a título exemplificativo, os padrões de inalação do fumo, ou o tipo de produtos consumidos; pense-se, por exemplo, que os cigarros *light*, que recorrem a teores diferentes de nicotina, alcatrão, condensados e outros produtos, foram concebidos, e a utilização especificamente promovida, junto das mulheres.

Mas não se pode esquecer que, nem a própria produção científica, nem o desenho de políticas de acção ou as práticas profissionais estão imunes ao género; os investigadores (e as investigadoras, acrescente-se), dirigentes e prestadores (prestadoras) de cuidados fazem parte da sociedade em que vivem e, mesmo que procurem evitá-lo, a sua produção emana do contexto ambiental em que intervêm e, por esses factos, tem sido marcada por desigualdades de género. Como afirmou Anne Fausto-Sterling, em 2002, “ler a Natureza é um acto sociocultural”.

Não admira, por isso, que exista literatura abundante acerca dos malefícios da nicotina nos homens, do compromisso vascular de que é responsável e da responsabilidade que tem na disfunção eréctil; quanto ao impacte

que o habito tabágico tem nas performances femininas, as preocupações da ciência e o avanço no conhecimento têm vindo a centrar-se, de uma forma bem sugestiva, na gravidez, no parto e na amamentação... Historicamente, tem-se valorizado mais a capacidade reprodutora das mulheres do que a vida erótica e sexual.

## ***O discurso na primeira pessoa***

Quando se convida as pessoas de ambos os sexos a pronunciarem-se acerca da percepção que têm do seu próprio estado de saúde e bem-estar, a generalidade dos estudos dão a conhecer uma opinião menos favorável por parte das mulheres, em todas as idades. Trata-se de um facto do qual o mais recente Inquérito Nacional de Saúde (INE, 2009) dá testemunho cabal, corroborando estudos anteriores do mesmo teor, e a literatura internacional sobre esta matéria, nomeadamente, trabalhos de Maria Danielsson e Gudrun Lindberg (2001).

Também quando instados a apreciarem o bem-estar em determinados contextos os indivíduos, em ambos os sexos, tendem a apresentar padrões de resposta diferentes. A título exemplificativo, atente-se nos dados do último estudo da OMS (2008) sobre as desigualdades em saúde dos jovens/as, levado a cabo por esta, baseado nas apreciações dos/as próprios/as jovens em contexto escolar. No que respeita à frequência da escola, em termos globais, as raparigas referem-se a ela de forma mais positiva do que os rapazes; quanto ao stress que vivenciam, é referido como mais intenso pelos rapazes mais novos e pelas raparigas mais velhas.

De acordo com o mesmo trabalho, no que respeita às relações interpessoais, os rapazes tendem a referir amizades em maior número e contactos mais frontais com os amigos.

Por outro lado, as raparigas parecem privilegiar mais as interacções sociais e a expressão das relações emocionais por via electrónica.

Quanto à sua situação pessoal, as raparigas tendem a classificá-la de uma forma mais negativa do que os rapazes, quer quanto ao estado de saúde, quer quanto à satisfação com a vida e à vivência de sintomas físicos e emocionais; no que respeita aos rapazes, estes referem, de uma forma mais expressiva, a ocorrência de traumatismos. Alguns dados estatísticos referidos atrás, sobre a mortalidade dos homens, ajudam a perceber que isso acontece. Aliás, os valores da mortalidade em idades jovens não deixam margem para dúvidas. No decurso da segunda década da vida, à medida que a idade aumenta, cresce igualmente a percentagem dos óbitos devidos a causas violentas nos rapazes, na grande maioria em consequência de acidentes. Não sendo crível que os rapazes se tornem biologicamente mais frágeis que as raparigas ao caminharem para idade considerada adulta, as diferenças tão expressivas que se verificam entre sexos no que respeita a acidentes tem que ser interpretada de outra forma, levando em conta as especificidades no processo de socialização.

**A este propósito, ver o Capítulo “Corpo, Movimento e Educação”.**

De facto, a partir da puberdade, a necessidade de “afirmação” da masculinidade, por um lado, e da feminilidade, por outro, vão impregnando de forma cada vez mais expressiva as biografias de rapazes e de raparigas. Os estereótipos e os padrões de comportamento seguem, cada vez mais, os ditames do género, e as repercussões na saúde de um e outro grupo exibem um duplo padrão mais vincado. Como interpretar de outra forma dados como os que nos mostram que, em jovens a partir dos 15 anos, do total de mortes por acidentes de transporte, mais de 80% ocorrem em rapazes,

ou que a percentagem ultrapassa os 90% se se considerar o que se passa quanto a “quedas acidentais”?

Fenómenos como o actualmente tão falado *bullying* - e as repercussões físicas e emocionais que condicionam - do qual são maioritariamente vítimas os rapazes, são melhor compreendidos quando analisados numa perspectiva de género. A violência, nas suas múltiplas expressões, constitui um factor importante na construção e na hierarquização das várias formas de masculinidade, de acordo com Carlos Barbosa (2005). A normatividade do ser-se homem também se impõe aos outros, pelo que os que não exibem os traços distintivos da masculinidade tradicional, hegemónica, são por isso penalizados. Tal não significa que as raparigas estejam imunes ao *bullying*, embora, como referem Celeste Simões e Marinas Carvalho (2009) as repercussões se traduzam menos a nível físico e mais a nível emocional.

Na génese destas assimetrias, não deixa de ser frequente colocar-se a existência de “traços psicológicos” diferentes em ambos os sexos, que condicionam os respectivos padrões de comportamento; porém, essa análise parte do pressuposto de que tal se deve a uma suposta essência do ser masculino e do ser feminino, ou seja, consideram-se como inevitáveis as diferenças, dado o dimorfismo biológico entre homens e mulheres. Mas, a ser assim, ou seja, tratando-se de um conjunto de características constantes e imutáveis, como explicar que, em alguns domínios, os comportamentos de rapazes e raparigas estejam a assemelhar-se, em muitos contextos sociais? À luz deste princípio, como interpretar, então, que o consumo de cigarros tenda a estabilizar ou a decrescer no sexo masculino e a aumentar no feminino?

Dir-se-á que, se as raparigas tendem a adoptar comportamentos tradicionalmente atribuídos



aos rapazes (o contrário tem muito menor expressão), mesmo os que implicam risco para a saúde, isso significa que a igualdade entre sexos já é uma realidade. Trata-se de uma conclusão abusiva. Há trabalhos, como por exemplo, o de Ana R. Laranjeira (2004) que dão evidência ao facto de, no plano simbólico, um determinado comportamento, mesmo que envolva risco, não ser ponderado do mesmo modo consoante se trate de rapariga ou de rapaz. Nesse estudo, os jovens de ambos os sexos admitiam que as raparigas têm o mesmo direito que os rapazes de saírem à noite e consumirem bebidas alcoólicas, mas a forma como olham uma jovem alcoolizada não é a mesma com que encaram um jovem. **A propósito deste assunto, a Actividade “Género e Comportamentos de Risco em Saúde” apresenta sugestões de trabalho para explorar o tema com as alunas e os alunos.**

Os comportamentos que envolvem risco para a saúde são, regra geral, mais exuberantes nos rapazes que nas raparigas, envolvendo mais acção e espectacularidade; talvez por isso, nem sempre merecem atenção semelhante ao comportamento de risco “no feminino”; regra geral são menos visíveis, frequentemente auto-lesivos e

expressam-se de forma mais insidiosa.

Se bem que a subnutrição possa subsistir em alguns contextos, muito específicos, uma das questões de saúde que ganha cada vez maior protagonismo na sociedade em que vivemos, é a do excesso de peso e da obesidade. Esta será, porventura uma das matérias em termos de prevenção que exige uma abordagem de género mais aprofundada, posto que nestas questões se constatarem diferenças acentuadas entre sexos e, sem sombra de dúvida, uma mera abordagem biológica das diferenças torna-se demasiado redutora; pode, aliás, gerar incorrecções de análise que se traduzem por conclusões abusivas e que podem comprometer mecanismos de prevenção adequados. Para tal, merecem atenção particular alguns dados da investigação. Por exemplo, o facto do excesso de peso e da obesidade serem mais frequentes nos rapazes que nas raparigas. Por outro lado, as raparigas relatam mais frequentemente terem uma alimentação saudável, mesmo que, não raro, “saltem” o pequeno-almoço; porém, não deixam de ser elas quem mais se declara insatisfeito com o corpo, afirma precisar de perder peso e se encontra envolvido em dietas restritivas. Ponderar estas diferentes

visões sobre o corpo e a sua importância constitui um elemento importante para o aconselhamento em saúde nestas idades, para a educação para a saúde e para as práticas clínicas.

Por último, há que salientar, uma vez mais, o facto de também os/as profissionais de saúde, quer a nível da concepção e aplicação das

**A este propósito, ver o Capítulo “Corpo, Movimento e Educação”.**

políticas de saúde, quer a nível das práticas profissionais reflectirem na sua intervenção as iniquidades de género. O fenómeno foi, aliás, salientado a propósito das doenças. Mas, atente-se, também, nas assimetrias existentes quanto à distribuição por sexo, de médicos/as e enfermeiros/as nas várias especialidades. De facto, as áreas ligadas ao cuidar são maioritariamente ocupadas por profissionais do sexo feminino, como é o caso da pediatria e da saúde infantil, ou do planeamento familiar; por outro lado os homens predominam, ainda, nas áreas da medicina que, simbolicamente, detêm maior prestígio como, por exemplo, a cirurgia e a cardiologia.

Os/as próprios/as profissionais, nos seus discursos, atribuem a estas assimetrias razões

que assentam em estereótipos de género. Por exemplo, afirmam que a “maior racionalidade” e a “menor emotividade” nos homens torna-os mais aptos para trabalharem nas áreas acima mencionadas e que o fenómeno da maternidade é a justificação central para que as mulheres sejam maioritárias no domínio da pediatria e da saúde infantil. Regra geral, também aqui é atribuída como justificação a existência de “naturezas distintas” entre homens e mulheres. Ou seja, também os/as profissionais acabam por encontrar justificações, dir-se-ia, científicas, naquilo que apenas traduz opiniões baseadas em convicções construídas socialmente.

No que respeita à opinião a propósito das diferenças entre homens e mulheres quanto à sua condição de doentes e de utilizadores/as dos serviços, regra geral, os profissionais de ambos os sexos tendem a considerar que as mulheres procuram relacionar-se de uma forma mais comunicativa e intimista com eles, as queixas que apresentam são menos explícitas e aplicam grande subjectividade na expressão dos sintomas. Quanto aos homens, é dito que são mais objectivos a descrever os sintomas e mais renitentes ao cumprimento da terapêutica, de acordo com estudo de Vasco Prazeres (coord.), Ana R. Laranjeira, António M. Marques e Célia Soares (2008).

Embora muitos/as profissionais de saúde mantenham este tipo de discurso, quando questionados/as se encontram tais características em todos os homens e em todas as mulheres, a resposta é invariavelmente negativa. Rapidamente se admite que haverá mais diferenças entre os homens e diferenças entre as mulheres do que diferenças entre homens e mulheres. Contudo, as afirmações estereotipadas sobre homens e mulheres resistem nos nossos discursos!

Mas, mesmo que tais características diferenciadoras pudessem ser verificadas (a generalização não pode deixar de ser abusiva) estar-se-á em presença de traços “inatos”

ou mais do que tudo, de comportamentos socialmente aprendidos? Até na forma de apresentarmos as queixas sobre o nosso corpo e o nosso estado de espírito projectamos a nossa condição de homem e de mulher, de acordo com o modelo dominante? Será compatível com a “masculinidade” um homem mostrar-se vulnerável, fraco e muito queixoso, com muitas “dores nas costas”, sem história de traumatismo, junto de um médico? E, será “bem visto” que uma mulher de 40 anos afirme, numa consulta de ginecologia com uma médica, que nunca sentiu o chamado “apelo da maternidade”?

Também em matéria de determinantes da saúde e da doença, atribuir apenas à “Natureza” a génese daquilo que parece separar homens e mulheres constitui, certamente, uma perspectiva demasiado redutora dos factos.

## *Considerações finais*

Em suma, encarar o binómio saúde/doença implica entendê-lo como um equilíbrio instável, resultante da interacção dos diferentes determinantes da saúde, quer os de carácter biológico, quer os do domínio ambiental, em sentido lato. E, no contexto dos determinantes sociais há que valorizar devidamente o género, enquanto elemento normativo da vida de homens e mulheres ao longo de todo o ciclo vital. Assim, toda a perspectiva educativa, em matéria de saúde, necessita de tomar em conta esse determinante, tendo em vista minorar as iniquidades que gera na vida e, em particular, nos ganhos de saúde e bem-estar de homens e mulheres.