

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FABIOLA PAULINO DA SILVA

DESIGUALDADE DE GÊNERO EM SAÚDE NO BRASIL

Juiz de Fora

2010

FABIOLA PAULINO DA SILVA

DESIGUALDADE DE GÊNERO EM SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais/Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos

Juiz de Fora
2010

FABIOLA PAULINO DA SILVA

DESIGUALDADE DE GÊNERO EM SAÚDE NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais/Sociologia e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos – Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Fernando Tavares Júnior

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora

07/12/2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas e todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho. Não importam a forma: material, intelectual, emocional ou espiritual. Nem importam os nomes, mas sim o que essas pessoas representam.

RESUMO

O trabalho apresenta a discussão sobre desigualdade em saúde a partir de uma mudança de paradigma que considera os fatores sociais na causalidade da saúde e da doença. Nesse contexto a categoria gênero destaca-se para apresentar como a desigualdade entre homens e mulheres implica no estado de saúde dos indivíduos. Embora seja um fator relevante para análise da saúde, poucos estudos consideram a categoria gênero. A ampla maioria dos estudos no campo da saúde destaca a questão socioeconômica, que no presente trabalho será verificada segundo a categoria classe social. A desigualdade em saúde pode ser estimada por duas dimensões: mortalidade e morbidade. Devido ao interesse em um paradoxo – as mulheres vivem em média mais anos, mas com piores padrões de saúde –, optou-se por desenvolver a dimensão de morbidade. Para aferir os padrões de saúde utilizaram-se os micro-dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008, cujo questionário suplementar investigou característica de saúde. Todas as variáveis foram estimadas usando o programa estatístico Stata, versão 10 (Stata, 2008).

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdade. Saúde. Gênero. Classe social. Morbidade.

ABSTRACT

The paper presents a discussion about inequality in health from a paradigm shift that considers the social factors in the causation of health and disease. In this context the gender category stands out to show how inequality between men and women involves the health of individuals. Although it is a relevant factor for analysis of health, few studies consider the gender category. The vast majority of studies in health highlights the socio-economic issue, which in this work will be checked according to social class category. The inequality in health can be estimated by two dimensions: mortality and morbidity. Because of our interest in a paradox - on average women live more years, but with worse health standards - we chose to develop the extent of morbidity. To measure the health standards were used micro-data from the National Household Sample Survey - PNAD 2008, with supplementary questionnaire investigated characteristic of health. All variables were estimated using the statistical software Stata, version 10 (Stata, 2008).

KEY WORDS: Inequality. Health. Gender. Social class. Morbidity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia de classe segundo as categorias e as demarcações na estrutura social.....	38
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Auto-avaliação percentual do estado de saúde para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme gênero	31
Tabela 2 – Auto-avaliação percentual do estado de saúde não boa para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme gênero, raça e região	32
Tabela 3 – Auto-avaliação percentual do estado de saúde para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme gênero, raça e região	33
Tabela 4 – Presença percentual de doença crônica para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme gênero e raça	34
Tabela 5 – Dificuldade percentual em mobilidade física para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme gênero, raça e região	35
Tabela 6 – Auto-avaliação do estado de saúde não boa para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme as categorias de classe	39
Tabela 7 – Auto-avaliação do estado de saúde não boa para adultos (18 a 65 anos) padronizado por idade conforme as categorias de classe e gênero	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	13
2.1 Dados	13
2.2 Métodos de estudo	13
3. DESIGUALDADE SOCIAL	15
3.1. Desigualdade entre indivíduos	16
3.2 Desigualdade entre grupos sociais	18
3.3. Desigualdade relacionada com bem-estar social	19
4. DESIGUALDADE EM SAÚDE	21
4.1. Estado de saúde	21
4.2. Chances de vida e chances de saúde	22
4.3. As desigualdades sociais em saúde	23
5. GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE	25
5.1. Contextualização	25
5.2. Perspectiva sociológica	27
5.3. Desigualdade de gênero	28
6. DESIGUALDADE DE GÊNERO EM SAÚDE	30
7. ANÁLISE DA INFLUÊNCIA SOCIOECONÔMICA	37
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1. Introdução

A discussão a ser apresentada, desigualdade em saúde, é resultado de uma mudança de paradigmas em curso, reconhecendo a importância dos determinantes sociais na saúde. Os fatores sociais não eram considerados como causas de doenças, nos estudos epidemiológicos, sendo relegados às influências coadjuvantes. Atribuía-se apenas a processos bioquímicos, os determinantes do estado de saúde. Contudo, diante de novos paradigmas, percebe-se a necessidade de considerar o conjunto de fatores influenciadores na análise da saúde e da sua desigualdade. A partir desse momento os estudos sobre saúde começam a ser analisados como construção social. Surge então, o interesse particular de estudar gênero enquanto categoria de análise.

Gênero, uma construção social usada para analisar as desigualdades, pode ser interpretada como um atributo pessoal que acompanha o indivíduo por toda a vida, independentemente de idade, raça e etnia. Exige muita interação entre os pares (homens e mulheres), logo não é uma categoria fixa. Abordar gênero enquanto categoria social imprime uma diferença da análise da situação feminina. Como classificação, gênero atua em diversos contextos sociais, explicando fatores decisivos na vida dos indivíduos, como a saúde. As distinções entre homens e mulheres resultante da divisão de gênero geram desigualdades constituintes da vida social e podem ser distinguidas por três níveis: individual, interativo e institucional. As desigualdades de gênero estão incorporadas nas rotinas dos indivíduos e se mantêm por meio do processo de institucionalização, encobrendo interesses.

Em *Classe social e desigualdade de gênero no Brasil*, José Alcides Figueiredo Santos considera gênero como “um sistema de práticas sociais existentes dentro da sociedade, que define e constitui as pessoas como diferentes de um modo socialmente significativo e organiza relações de desigualdades baseadas em tais diferenças” (RIDGEWAY e SMITH-LOVIN, 1999 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008: 355). A partir dessa idéia pode-se entender que gênero como categoria tem uma origem social e estrutural. Em outras palavras, entende-se que a mulher detém menos poder social que o homem, se pensados (homem e mulher) enquanto categorias de classificação. Cabe à Sociologia estudar a maneira em que as mulheres estão situadas dentro das desigualdades de gênero.

E apesar de ser uma categoria causadora de efeitos na mensuração da desigualdade em saúde é um enfoque pouco abordado nos estudos. A maioria dos estudos no campo da saúde adota o ponto de vista socioeconômico. Esse aspecto será representado no presente estudo por classe social. É importante considerar que a sociedade moderna está dividida em classes, nas quais as relações sociais estabelecidas produzem um forte impacto nas escolhas dos indivíduos e nas suas chances de vida por delimitarem as condições estruturais para a ação. A estratificação de classes refere-se à desigualdade de distribuição dos poderes e direitos sobre os recursos produtivos da sociedade, exercendo influência na vida dos indivíduos e na dinâmica das instituições, assim como o posicionamento da estrutura de classes determina o acesso aos recursos materiais (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2005: 28).

Nesse sentido, compreende-se a relação entre o acesso a recursos/ informações e o estado de saúde. Segundo Erik Olin Wright, “o que o indivíduo *tem*, condiciona o que ele deve *fazer* para obter o que *tem*”. Dessa forma, é possível entender a desigualdade como consequência de um controle desigual de recursos produtivos, causadores de conflitos entre os grupos sociais, embora Amartya Sen defenda a hipótese de que não é suficiente igualar os recursos, pois existe um poder diferenciado na utilização. As relações de gênero reproduzem, mesmo de forma inconsciente, esse poder diferenciado. E por isso, pode-se considerar gênero como uma categoria condicionadora de efeitos diretos na distribuição desigual da saúde.

Para estimar a desigualdade em saúde duas dimensões podem ser consideradas. A primeira, taxa de mortalidade, na qual estudos sobre expectativas de vida apontam vantagens para as mulheres em relação aos homens. E a segunda, morbidade, que considera o estado de saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Na última, a vantagem se inverte a favor dos homens. Considerando-se as implicações das duas dimensões, mortalidade e morbidade, conclui-se que as mulheres vivem mais em relação aos homens, mas vivem em piores qualidades de vida, apresentando padrões de saúde precários (AQUINO, et al., 1992: 195). Esse paradoxo não pode ser atribuído apenas à dimensão biológica, embora as diferenças sejam constantemente naturalizadas. Essas alusões fazem com que o presente trabalho seja direcionado para a medida de morbidade.

Morbidade pode ser aferida por diversos indicadores a depender da opção metodológica. Todavia, optou-se por três indicadores que ressaltam a importância da dimensão em questão – auto-avaliação do estado de saúde, doenças crônicas e mobilidade física. Um dos mais usados nos trabalhos relativos ao tema é a auto-avaliação do estado de saúde, na qual o próprio indivíduo (ou um terceiro) avalia sua saúde como muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim. Apesar de ser caracterizado como subjetivo sua aplicação está relacionada com mortalidade e outros indicadores de saúde fato que prediz elementos

objetivos. O diagnóstico de doenças crônicas, outro indicador a ser considerado, revela o estado de saúde do indivíduo externamente, uma vez que depende de profissionais e agentes de saúde para constatar sua presença. Por fim, as limitações referentes à mobilidade física apontam a condição de saúde de acordo com algumas atividades permitindo aferir se o indivíduo desfruta de uma vida saudável.

Algumas considerações são necessárias para evidenciar a abrangência do estudo. A primeira refere-se ao país escolhido, Brasil, que apresenta uma pesquisa amostral realizada anualmente em todo território nacional, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Esse artefato permite o manuseio de uma base de dados sólida. Outro elemento a ser considerado é a idade, pois se presume uma ligação direta desse fator com a incidência de doenças. Sendo assim optou-se por examinar apenas os adultos, ou seja, indivíduos entre 18 e 65 anos de idade.

Sabemos que a desigualdade, inclusive em saúde, pode ser constituída por diversos fatores e analisada por diferentes facetas. E, sobretudo não é um fenômeno restrito aos países em desenvolvimento, como o Brasil. Por isso, destaca-se a importância dos estudos que consideram outras categorias como raça e educação, bem como a desigualdade no acesso e serviços. As pesquisas realizadas em outros países, como os Estados Unidos e a Inglaterra, também contribuem para a análise. No entanto, foi preciso delimitar o foco do estudo de acordo com o objetivo proposto.

Dessa forma, o capítulo dois é dedicado à metodologia adotada nesse estudo. O terceiro capítulo apresenta a discussão teórica sobre desigualdade social, a partir das perspectivas de indivíduos e de grupos sociais, e como essas teorias contribuem para a formulação da desigualdade relacionada com o bem-estar.

O capítulo seguinte, além de relacionar bem-estar e saúde, aborda a nova tendência dos estudos no campo da saúde que consideram os fatores sociais na causalidade da saúde e da doença.

O quinto capítulo explica como gênero se constituiu como categoria analítica nos estudos acadêmicos, a visão sociológica dessa categoria e as relações desiguais entre homens e mulheres.

Os principais capítulos, seis e sete, relacionam a literatura adotada com a análise dos dados e apresentam a hipótese a ser verificada e seus resultados. No sexto, o central é a relação da categoria gênero com os padrões de saúde. E o sétimo trata da análise da influência socioeconômica e relaciona com o anterior.

Por fim, no oitavo capítulo apresentam-se as considerações finais, com algumas conclusões acerca da discussão de desigualdade de gênero em saúde.

2. Metodologia

2.1 Dados

A base de dados escolhida para esse estudo é semelhante à empregada no projeto de pesquisa “Divisões Sociais e Desigualdade em Saúde no Brasil”, coordenado pelo professor José Alcides Figueiredo Santos. Este trabalho utiliza os micro-dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, do ano de 2008, cujo questionário suplementar investigou as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. Este suplemento apresenta dados sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde, informações sobre aspectos de morbidade da população e questões acerca das características de mobilidade ou limitações físicas das pessoas. A pesquisa suplementar possui algumas informações sobre as características de estilo de vida e comportamentais, – como, por exemplo, hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica, massa corporal e prática de exercícios – de sorte que não se dispõe da possibilidade de mensurar a contribuição destes fatores de risco à saúde. O levantamento da PNAD é realizado por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. O desenho da amostra da pesquisa possibilita a expansão dos resultados da amostra para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (IBGE, 2004). A amostra da PNAD de 2008 possui informações sobre mais de 400 mil casos, abrangendo todos os moradores dos domicílios brasileiros, de crianças a adultos, mas o presente estudo irá abarcar apenas a população adulta, definida aqui como as pessoas que possuem entre 18 e 65 anos de idade, na data de referência da pesquisa (setembro de 2008).

2.2 Método de Estudos

De acordo com a PNAD utilizaremos três indicadores: auto-avaliação do estado de saúde, doenças crônicas e mobilidade física. No entanto, esses dados são apresentados de forma ampla, sendo necessário delinear sua utilização. Dessa forma, o indicador de auto-avaliação constituído de cinco categorias (muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim) será transformado em variável binária (bom e não bom) para realizar algumas análises. O

indicador de doenças crônicas que apresenta uma lista de doze doenças¹ será mensurado pela presença de doenças que podem ser auto diagnosticada, como elemento determinante para a procura do serviço de saúde. Para aferir a limitação de mobilidade física serão utilizadas as variáveis que apresentam melhor mensuração, como por exemplo, a prática de atividades cotidianas.

A análise dos dados será realizada por meio de tabelas objetivando constatar padrões de relações. A introdução de outros fatores permitirá observar uma proximidade relacional entre gênero e saúde não verificada, normalmente, em outras pesquisas mais centradas em um outro aspecto apenas. É importante examinar se diferentes formas de análise de dados implicam nos resultados. Por isso, alternativas de mensuração serão implementadas.

A lógica das variáveis também será considerada. A variável independente gênero causa modificação no estado de saúde que se constitui em variável dependente. Ou seja, os valores da variável dependente são baseados e explicados pelos valores da variável independente (BABBIE, 2005).

E por fim, reconhecendo que a saúde é diretamente influenciada pelo fator idade, optou-se por analisar indivíduos ente 18 e 65 anos de idade. Por esse motivo, as medidas serão padronizadas por idade. Todas as variáveis serão estimadas usando o programa estatístico Stata, versão 10 (Stata, 2008).

¹ Doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, cirrose.

3. Desigualdade Social

A compreensão do plano de estudos da desigualdade social implica a consideração das relações sociais no espaço multidimensional e as assimetrias existentes. Sendo provenientes das divisões sociais, princípio universal da sociedade, cujas diferenças fluem através da sua integração à ordem social por meio de três planos decisivos na vida social: valores, instituições e interações sociais.

As divisões sociais são elaboradas nos contextos sociais através das ações e interações dos indivíduos e dos grupos. Em outras palavras, são fatores construídos socialmente e com dimensões relacionais. A característica inclusiva, ou seja, o fato de *todo* indivíduo estar ordenado em alguma categoria, possibilita que as divisões sociais sejam percebidas como geradoras de desigualdade, de modo a influenciar nas chances de vida dos indivíduos.

Segundo Geoff Payne, as divisões podem ser consideradas como “regras sociais”, uma vez que, as interações entre os indivíduos situados de ambos os lados de uma divisão estão ligados por regras que estabelecem uma desigualdade entre os envolvidos (PAYNE, 2000).

A distribuição desigual dos recursos entre os grupos sociais imprime uma lógica de assimetria nas relações, visto que o acesso a determinados recursos gera vantagens para um dos lados e confere diferentes chances e estilos de vida (TILLY, 2006). Além deste, podemos mencionar três outros aspectos característicos das divisões sociais: as categorias de indivíduos podem ser percebidas como substancialmente diferentes em termos materiais e culturais; são perpetuadas e sustentadas por crenças culturais dominantes; e engendram identidades compartilhadas e contrastantes em relação aos membros de uma outra categoria (PAYNE, 2000 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

Não há dúvidas que as divisões envolvem uma rede de atividades de grupo, complexa, largamente invisível, dada como certa, que produz, distribui e regula a produção e o consumo de bens e serviços. Isso implica em distinguir os conceitos de diferenciação social, complexidade crescente de papéis e relações coordenadas; e desigualdade social, condição desproporcional aos recursos (PAYNE, 2000 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

São diversas as formas de observar a desigualdade social, dentre as quais podemos mencionar: renda, riqueza, bem-estar, recursos, capacidades e interações sociais. No entanto, é importante considerar que os mecanismos que geram a desigualdade têm relação com os vínculos existentes entre os grupos. Nesse sentido, há a necessidade de superar a questão da renda e da riqueza a partir de dois argumentos. Primeiro, a desigualdade não está presente apenas na economia e precisa ser avaliada para além desse contínuo de renda e riqueza. Como alternativa apresenta-se a avaliação do bem-estar, uma vez que a satisfação das preferências é condicionada socialmente. Segundo, esse ponto de vista não valoriza o aspecto relacional, uma vez que a desigualdade está configurada em várias áreas da sociedade, inclusive na vida social formada por elos (TILLY, 2006). Desta maneira, a desigualdade precisa ser analisada além dos resultados, sendo, portanto, importante considerar os fatores que os determinam.

É importante ponderar que a desigualdade social pode ser abordada por duas perspectivas diferentes, do indivíduo e do grupo, sem que essas sejam excludentes. Nessa pesquisa, serão apresentadas as teorias de Amartya Sen para ilustrar a desigualdade entre os indivíduos e de Charles Tilly para demonstrar a desigualdade entre os grupos sociais (SEN, 2008; TILLY, 2006).

3.1 Desigualdade entre Indivíduos

A perspectiva individual apresenta a seleção de indivíduos desigualmente dotados, um a um, para posições desiguais, enfatizando como a desigualdade emerge da seleção de indivíduos com base nos atributos, comportamentos e localização dentro da hierarquia. Nessa perspectiva há versões que diferem em relação ao papel da agência pessoal, no entanto, essas possuem quatro elementos básicos: estrutura de posição (por exemplo, a sociedade); recompensas desiguais vinculadas a diferentes posições e não a indivíduos necessariamente; caminho de acesso; e a convicção de que a seletividade individual não consegue avaliar todos os fatores (TILLY 1998; 2005; 2006 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

Ingresso, avaliação, direcionamento e recompensa formam o cenário dessa perspectiva de seleção, que para a Sociologia é influenciado por relações de poder entre os atores. O modelo de capital humano ocupa papel relevante na definição da posição do indivíduo nesse cenário.

Além dos quatro elementos básicos, cabe destacar algumas versões e avaliações alternativas desse modelo. O mecanismo também seleciona por gênero, raça, idade e outros atributos. A elaboração de modelos explicativos mais complexos permite a passagem

dos indivíduos por múltiplos seletores no curso de uma trajetória. Os críticos dessas versões argumentam que os mecanismos de seleção são injustos e ineficientes, já os defensores destacam as diferenças entre indivíduos em termos de habilidades, fator relevante para desempenho organizacional e superioridade do mecanismo em comparação a processos alternativos.

Ainda que se considerem as características alternativas desse modelo, os processos divergentes da seleção individual são notórios. Questões fundamentais como o fato da maioria dos processos geradores de desigualdade não se conformarem ao modelo de seleção indivíduo a indivíduo, das diferenças individuais nos atributos selecionados como resultados dos processos sociais organizados, que são enfeixados nas categorias (gênero, raça, idade, etc.), sendo esses atributos categóricos junto com recrutamento mútuo no interior das categorias determinantes do acesso dos indivíduos às posições, são alguns elementos que não podem ser esquecidos e devem ser somados ao argumento de que as organizações mantêm desigualdades ao incorporarem categorias diretamente nas suas estruturas.

A partir dessas divergências, são apresentadas propostas de mudanças para a perspectiva individual. A primeira é recompor as posições de forma que as oportunidades disponíveis aos candidatos mudem numa direção desejável; equalizar as recompensas dos indivíduos que ocupam posições comparáveis; alterar o mecanismo de seleção de modo a transformar a preparação dos indivíduos à seleção. No entanto, para que essas mudanças sejam concretizadas é necessário compreender os conceitos de funcionamentos e capacidades da teoria de Amartya Sen.

Os funcionamentos podem ser definidos como a realização dos indivíduos, caracterizando-o como o que é ou faz. Isto significa que os funcionamentos estão diretamente ligados às condições de vida, uma vez que são diferentes aspectos das condições de vida. E as capacidades, como um conjunto de funcionamentos que os indivíduos possuem, ou seja, as oportunidades reais. Segundo Sen, a capacidade é um reflexo da liberdade para realizar funcionamentos, pois se concentra diretamente na liberdade e não nos meios para realizá-la, e dessa forma identifica as alternativas reais dos indivíduos.

De acordo com a perspectiva individual e com as contribuições de Amartya Sen, pode-se entender que a desigualdade não está relacionada apenas com a posse de bens materiais, mas é diretamente relacionada com o bem-estar dos indivíduos.

Em *Desigualdade reexaminada*, Amartya Sen apresenta uma revisão metodológica acerca da desigualdade ao questionar “igualdade de que?”. Através dessa pergunta o autor diferencia os conceitos de equidade e igualdade, nos quais o primeiro considera as

diferenças individuais para que a igualdade seja alcançada, ao passo que o segundo, considera apenas a igualdade sem as particularidades.

Ao desenvolver essa teoria, o economista conclui a necessidade de igualar as capacidades e a liberdade, pois são essas as condicionantes das escolhas (bens primários), que por sua vez influencia os funcionamentos (ações). Esse conjunto constitui o bem estar dos indivíduos.

3.2 Desigualdade entre Grupos Sociais

A perspectiva de grupos considera a desigualdade como uma relação entre um conjunto de indivíduos na qual a interação gera mais vantagem para um dos lados (TILLY, 2006). E atribuem a organização social da produção a criação de categorias desiguais de participantes nos processos produtivos e suas recompensas.

Charles Tilly propõe uma teoria organizacional e interativa, uma vez que entende a desigualdade a partir dos grupos sociais. Em *O acesso desigual ao conhecimento científico* formulou questões sobre essa temática por entender que há uma ligação direta desta com o bem-estar humano. Para o autor o problema do acesso envolve os temas da ação, da identidade e da liberdade, em diferentes aspectos. Para evidenciar sua elaboração desenvolveu três pontos. O primeiro, é a reserva da produção e da distribuição por parte dos indivíduos informados que as controlam. O segundo, a organização das fronteiras de identidade que controlam o conhecimento científico determinando de um lado os que têm direito ao conhecimento e do outro, os que carecem deste. E por último, a necessidade de superar a barreira entre beneficiários e carentes do acesso. Abre um diálogo com a teoria de Amartya Sen ao considerar que o acesso ao conhecimento possibilita o acesso à liberdade e conseqüentemente ao bem-estar.

Nessa perspectiva, o modelo de duas partes é considerado como ponto de partida, mas também apresenta um modelo mais elaborado que incorpora três ou mais partes, constituindo fronteiras categóricas entre ao menos duas das partes e resíduos de interações prévias que moldam a inter-relação atual entre as partes. Em ampla escala, múltiplas relações compõem vastas redes conectadas de desigualdade, sendo que não é possível localizar a maior parte dessas redes em tipos de espaços abstratos de desigualdades, tais como renda, riqueza e prestígio.

A avaliação da desigualdade agregada (distribuições) na visão da estrutura tipo rede requer o exame de fluxos dinâmicos, considerando que em qualquer escala, estas redes inter-pessoais envolvem hierarquias quase únicas apenas em circunstâncias especiais. Nesse sentido, pode-se identificar argumentos dominantes dentro das redes inter-pessoais

amplas traçando os fluxos líquidos de vantagens entre localizações sociais. A partir da perspectiva interativa das relações desiguais elaboram-se dois conceitos de desigualdades: material e categórica.

A desigualdade material, mais difundida e reconhecida, resulta do controle desigual sobre recursos que produzem valores, na medida em que os membros de uma categoria asseguram o controle de recursos produtores de valor e alocam a maior parte do valor produzido para si.

Por desigualdade categórica compreende-se que as categorias consistem de fronteiras coletivas negociadas no interior das redes inter-pessoais, e são essas categorias que moldam desigualdades e identidades entre os que estão dentro e fora das fronteiras. A combinação de fronteiras, relações e significados constituem identidades, especialmente o “nós” e o “eles”. Essas categorias emergem e mudam como resultados de encontro, imposição, negociação e transferência, e sua constituição envolve a criação de nomes, práticas, entendimentos e relações sociais que demarcamos contatos entre os agrupamentos de indivíduos e facilitam o tratamento desigual tanto dos membros como dos outros (TILLY, 2006).

Em outras palavras, as categorias produzem desigualdades quando as transações sociais repetidas através da fronteira produzem regularmente vantagens líquidas para aqueles de um lado, e reproduzem a fronteira. Os mecanismos de exploração e de acumulação de oportunidades favorecem a instalação de desigualdades categóricas, enquanto emulação e adaptação reforçam e generalizam sua influência.

Segundo Tilly, a exploração pode ser caracterizada quando os indivíduos que controlam um recurso concentram o esforço de outros para produzir um valor por meio desse recurso, mas excluem os outros indivíduos do valor total acrescentado por seus esforços. A reserva de oportunidade implica na limitação de disponibilidade de recursos produtores de valor aos membros de um grupo. Esse mecanismo concentra-se na exclusão completa ou parcial dos benefícios gerados pelo controle de recursos. A emulação incide na transferência de categorias de um ambiente para o outro, fato que possibilita a abertura de novas áreas. Por fim, a adaptação está calcada no estabelecimento de rotinas diárias ajustadas e nos incentivos de curto prazo em colaborar com os arranjos sociais geradores de desigualdade (TILLY 1998; 2005; 2006 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

3.3 Desigualdade Relacionada com o Bem-estar Social

Dessa forma, compreende-se que as bases da desigualdade são constituídas por uma ampla variedade de recursos produtores de valor que já serviram como bases de

geração de desigualdades categóricas. De acordo com Charles Tilly, os recursos geradores de desigualdade são: meios de coerção, trabalho, animais, terra, instituições, máquinas, capital financeiro, informação e meio de disseminação, conhecimento. Tais recursos relevantes são de suprimento restritivo, fáceis de circunscrever, sujeitos a apropriação, valorizados amplamente, e capazes de produzir valor adicional em combinação com outros recursos e/ou esforço coordenado (TILLY 1998; 2005; 2006 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

No entanto, é possível apreender processos que enfraquecem a desigualdade social. A exploração e a reserva de oportunidade, por exemplo, podem ser enfraquecidas a partir de um determinado nível de controle, segmentação ou multiplicação de recursos produtores de valor. O compartilhamento de benefícios oriundos de ações coletivas e bem sucedidas dos membros das categorias excluídas e a descoberta e/ou criação de novos recursos produtores de valor por membros excluídos. As mudanças da desigualdade no longo prazo dependem do reagrupamento das relações entre as partes.

A partir das teorias apresentadas e da concepção de desigualdade relacionada com o bem-estar dos indivíduos este trabalho apresenta a questão desigualdade em saúde como fator determinante das condições de vida. Pois a saúde, ou melhor, a concepção que cada indivíduo tem da sua própria saúde não esta relacionada apenas com fatores socioeconômicos, como aquisição de planos de assistência, consultas/internações e consumo de medicamentos. A auto-avaliação da saúde também pode ser considerada como resultante do bem-estar dos indivíduos e da inserção desses na sociedade, de forma a indicar a desigualdade entre homens e mulheres, pobres e ricos, negros e brancos. E esse constitui o objetivo deste trabalho, além de contribuir para a produção de pesquisas que contemple a perspectiva de Sen e Tilly, constatar a desigualdade de gênero em saúde no Brasil e qual a relação dessa desigualdade com a classificação social do país.

4. Desigualdade em Saúde

Estudar a temática da saúde no Brasil, e em outros países, era interesse apenas dos epidemiologistas e médicos sociais, que desconsideravam as influências dos fatores sociais como determinantes da saúde dos indivíduos. No entanto, hoje, pode-se dizer que há uma mudança de paradigmas em curso, na qual os fatores sociais ocupam papel de destaque nesses estudos.

Com base nesses novos paradigmas, compreende-se que a desigualdade em saúde está relacionada ao acesso a recursos e a fatores sociais, que podem variar de acordo com circunstâncias ou contextos distintos, e até mesmo por políticas públicas.

A desigualdade em saúde pode ser analisada pela perspectiva de indivíduos e de grupos sociais, sendo identificada pela desvantagem adicional a indivíduos ou grupos menos favorecidos. Contudo, as diferenças na auto-avaliação do estado de saúde e na distribuição de seus determinantes também podem ser consideradas disparidades em saúde. E, apesar dos avanços na saúde pública e do aumento da expectativa de vida, a distribuição da saúde e da doença na população não acontece por acaso, mas são decorrentes da estrutura desigual da sociedade.

Dessa forma, desigualdade em saúde pode ser definida a partir de uma diferença particular em saúde ou em fatores determinantes de saúde, que podem ser potencialmente alterados. São as vantagens e desvantagens sobre os recursos e informações que incidem na saúde.

De acordo com José Alcides Figueiredo Santos a desigualdade em saúde pode ser mensurada a partir de três procedimentos. O primeiro refere-se ao indicador ou determinante de modificação de saúde. O segundo procedimento é o indicador de posição social. E por fim, o método de comparação do indicador de saúde entre diferentes estratos sociais (FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

Essa definição de desigualdade em saúde é fundamental para distinguir e não confundir com a definição de estado de saúde, que será apresentada na próxima seção.

4.1 Estado de Saúde

O estado de saúde dos indivíduos, assim como a desigualdade em saúde, está diretamente relacionado com padrões sociais mais amplos, não se restringindo apenas a fatores biológicos.

A partir das dimensões de saúde mental, bem-estar social ou sociabilidade, desempenho de papéis em atividades habituais, auto-avaliação do estado de saúde e sintomas reportados, podemos reconhecer a existência de diferenças sociais na definição da saúde. Isso significa dizer que o estado de saúde é definido pela relação intrínseca entre saúde física e mental que proporcionarem amplo funcionamento e bem-estar.

Essas dimensões, apesar de serem consideradas subjetivas, predizem mais sobre o estado de saúde dos indivíduos do que o acesso ao serviço de saúde e a intervenção médica, uma vez que essas estão relacionadas com elementos objetivos da distribuição desigual de recursos e informações.

Esse argumento pode ser observado em pesquisas recentes, nas quais os fatores sociais são determinantes para a saúde e doença de indivíduos e grupos sociais. Essas pesquisas abordam como os fatores socioeconômicos influenciam na aquisição da saúde.

A vantagem de saúde associada à posição socioeconômica mais elevada não é primariamente um efeito secundário e involuntário associado à 'boa vida', mas sim a consequência de processos que envolvem o uso deliberado de recursos por indivíduos e grupos (FIGUEIREDO SANTOS, 2010: 11).

Mas o aspecto inovador dessas pesquisas é o medidor de saúde: auto-avaliação do estado de saúde indicado pelo próprio indivíduo. Isso porque, o resultado dessa variável envolve além do controle e distribuição de recursos, a percepção da própria saúde e da sociedade como um todo.

A partir da auto-avaliação do estado de saúde é possível perceber o reflexo de inúmeras disparidades sociais. Portanto, a auto-avaliação pode ser o resultado objetivo das condições de trabalho, da posição social, da aquisição de credenciais de escolaridade, das condições de habitação e de outros fatores sociais que implicam na avaliação de bem-estar dos indivíduos.

4.2 Chances de Vida e Chances de Saúde

Durante o curso da vida, os indivíduos fazem diferentes escolhas que determinam a trajetória de cada um. No entanto, essas escolhas são previamente determinadas através do leque de opções que cada indivíduo pode optar. O conjunto viável de escolhas e possibilidades objetivas de alcançar estados de existência valorizados é o que pode ser definido como chances de vida.

Em *Divisões sociais e desigualdade em saúde*, José Alcides Figueiredo Santos considera morbidade e mortalidade como componentes decisivos das chances de vida dos indivíduos e a relação desses indicadores com as formas de estruturação da vida social e variação destes segundo as divisões sociais, com destaque para classe, gênero, raça e idade.

O acesso a recursos que podem evitar riscos ou minimizar as conseqüências das doenças são resultados das condições sociais, formadora de causas fundamentais das doenças que afetam diversos resultados de saúde por meio de múltiplos mecanismos de riscos e são reproduzidas no curso do tempo. Esse argumento corrobora a tese, já apresentada, de que a produção da saúde e da doença tem relação com determinantes mais amplos.

Ao considerar os fatores sociais como causa da saúde e da doença significa que esses são capazes de moldar o risco de exposição e de desenvolvimento da doença, independentemente de sua origem e diagnóstico.

Os questionamentos acerca de como a estrutura social implica nos resultados de saúde colocam a noção de classe social em destaque, e por isso seguir-se-á um capítulo para essa relação.

A investigação proveitosa das chances de saúde deve considerar a especificidade dos mecanismos de classe social e incorporar as contribuições de outras formas relevantes de divisão social, nomeadamente raça, gênero e idade, preocupando-se em particular com as intersecções e interações entre estas divisões sociais (FIGUEIREDO SANTOS, 2008:3).

Além disso, para desenvolver um modelo que relacione os fatores de risco aos fatores múltiplos e contingentes que levam a doença é necessário entender as desigualdades sociais em saúde como condição fundamental.

4.3 As Desigualdades sociais em Saúde

Seguindo a linha de elaboração que considera os fatores sociais como determinantes da saúde e da doença é possível encontrar estudos com objetivos distintos, inclusive do presente trabalho, mas que convergem na relação entre desigualdades sociais e saúde.

Entre esses, pode-se destacar o trabalho de Marcelo Neri e Wagner Soares, *Desigualdade social e saúde no Brasil* (2002), cujo propósito foi avaliar a existência de iniquidade vertical do consumo dos serviços de saúde no Brasil. Segundo estes autores, alguns estudos apontam que a saúde pode ser pensada como um mecanismo para políticas de distribuição de renda e combate à pobreza, uma vez que, influencia diretamente na produtividade do trabalho dos indivíduos.

O artigo *Desigualdades sociais em saúde* (2001), de Kenya Noronha e Mônica Andrade reconhece a diferença entre os estados da federação brasileira ao estimar a desigualdade social em saúde, considerando os grupos socioeconômicos. Para estimar a desigualdade em saúde, as autoras consideraram a medida de morbidade que permite avaliar as diferenças de qualidade de vida dos indivíduos. Esse estudo verificou a ocorrência de desigualdade social em saúde em todos os estados a favor dos grupos sociais mais elevados.

A partir desses estudos é possível compreender que analisar saúde e doença sociologicamente significa também pensá-las como mecanismos que são definidos pela vida social, ou seja, considerar os efeitos das estruturas desiguais da sociedade através de categorias de classe, gênero, raça, região, idade e outras divisões sociais.

5. Gênero como Categoria de Análise

O propósito desse capítulo é apresentar a discussão sobre desigualdade entre homens e mulheres, denominada de desigualdade de gênero. No entanto, é necessário entender como essa temática se desenvolveu ao longo dos anos até conquistar o espaço acadêmico. Para isso, primeiro será considerado alguns aspectos históricos.

5.1 Contextualização

Considerando a década de 1960 como ponto de partida, percebe-se as diferentes perspectivas acerca da institucionalização da temática de gênero. Cláudia Fonseca destaca essa década como marco do interesse acadêmico no estudo sobre a mulher, no Brasil. Considera uma relação estreita entre movimento feminista e academia a ponto de afirmar que “o debate acadêmico estava atrelado à causa política” (FONSECA, 1997: 2). A partir da perspectiva comparativa, Maria Luiza Heiborn e Bila Sorj consideram as peculiaridades na institucionalização brasileira dos estudos de gênero. Destacam que nos Estados Unidos esse período é marcado por protestos dos movimentos feministas e raciais no interior das Universidades que questionavam “a visão e a prática despolitizada do *establishment* profissional e acadêmico das ciências sociais” (HEIBORN; SORJ, 1999: 185) e revelam a peculiaridade brasileira através de dois argumentos. O primeiro refere-se a imposição da desigualdade social sobre o movimento feminista que imprimiu “uma orientação mais moderada no que diz respeito ao confronto entre os sexos e mais articulada ao discurso nas esquerdas” (HEIBORN; SORJ, 1999: 186) e o segundo consiste no apoio das acadêmicas ao movimento feminista, desde sua origem podendo considerar inclusive que no Brasil o feminismo surgiu na academia e depois foi disseminado para as inserções sociais. Fonseca denomina a década de 1960 por “feminismo da igualdade” e a década de 1970 por “feminismo da diferença” (FONSECA, 1997: 3). Essa mudança de denominação imprimiu o questionamento acerca da depreciação da esfera feminina, revelando o problema no processo hierárquico que considerava o homem sistematicamente superior a mulher.

Mariza Corrêa considera os anos 1970 como o período de maior expressão do movimento feminista brasileiro. A articulação com outros movimentos sociais possibilitou a

efervescência participativa nas ruas, que foi transmitida para a Universidade. “O contexto era assim favorável à discussão dos movimentos sociais que estavam presentes na sociedade mais abrangente e à discussão de idéias democráticas dentro das salas de aula” (CORRÊA, 2001: 20). Cláudia Fonseca destaca esse período como o segundo momento dos estudos feministas, no qual a mulher deixa de ser vista como vítima e assume a imagem de heroína. Segundo Heiborn e Sorj, o movimento de mulheres no Brasil adquire visibilidade a partir de 1975, momento em que muitas das ativistas trabalhavam nas Universidades. Diversas denominações foram apontadas para impulsionar o diálogo entre feminismo e academia. Nesse momento o termo usual era “estudos sobre mulher” e as produções acadêmicas pretendiam apresentar a situação da vida real das mulheres e denunciar a opressão a que eram submetidas.

A partir da década de 1980 substitui-se o termo “estudos sobre mulher” caracterizado como uma categoria empírica/descritiva para o termo “gênero” categoria analítica (HEIBORN; SORJ, 1999). Essa mudança de termos não é apenas retórica, significou uma alternativa de corrigir lacunas e dar continuidade ao debate (FONSECA, 1997). Um dos fatores que impulsionou os estudos de gênero na década de 1980 foram as transformações sociais expressas no crescimento do emprego feminino nas indústrias nos anos 1970. Questão tão atual que pode ser explicitada pela campanha “salário igual para emprego igual” da CUT (Central Única dos Trabalhadores) lançada em 17 de março de 2009. Pode-se imaginar ainda que “os mesmos empregos ou postos, quando destinados aos homens, adquirem outras características, possuem maior remuneração e maiores oportunidades de promoção e treinamento são oferecidos” (HEIBORN; SORJ, 1999: 208).

A publicação de Michelle Rosaldo em 1980, na *Signs Magazine*, seria mais tarde considerada um marco na teoria de gênero. Marcaria a terceira fase da teoria feminista. E toda essa importância é atribuída ao fato de Rosaldo desconstruir as teses, uma por uma, que ela mesma havia formulado alguns anos antes (FONSECA, 1997).

Já na década de 1990, chega ao Brasil a publicação de Joan Scott, *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*, que foi fundamental para o reconhecimento das relações sociais constituídas a partir das diferenças entre mulheres e homens.

Mariza Corrêa acredita que o feminismo dos anos 1970 está articulado com os estudos de gênero dos anos 1990, assim como as militantes com as pesquisadoras. Atualmente a discussão de gênero tem grande destaque no meio acadêmico, dialogando com diferentes temáticas e áreas, através de linhas de pesquisas de programas de pós-graduação, de formação de núcleos de pesquisas interdisciplinares e de seminários, simpósios e conferências. Dessa forma, a seção seguinte será dedicada a apresentar a visão sociológica sobre gênero.

5.2 Perspectiva Sociológica

A categoria gênero pode ser considerada como um atributo pessoal, pois implica nas características formadoras dos indivíduos como, personalidades, mentes e corpos. Ou seja, gênero reflete nos indivíduos o que eles são e como se comportam, sendo algo constituinte do indivíduo e que o acompanha por toda a vida. Essa categoria não varia em relação a localização e a grupos, é idêntica independente de país, cidade, idade, raça, classe e outras divisões sociais.

A teoria da socialização destaca a importância dos mecanismos e processos de socialização de gênero através do aprendizado social, da abordagem cognitiva e da teoria da identificação (psicanalítica). Mas as abordagens de gênero não devem ser centradas nos indivíduos com o argumento de estarem inseridos em grupos homogêneos, com motivos internamente consistentes e não alteráveis. As experiências da primeira infância e socialização não podem ser consideradas como os únicos preditores de decisões da vida adulta. Isso porque as escolhas dos indivíduos surgem da interação de oportunidades e constrangimentos socialmente estruturados e das tentativas de dar sentido e de responder a estas estruturas. Dessa forma, pode-se entender que as escolhas estão condicionadas aos contextos sociais e que a categoria gênero explica aspectos decisivos na vida dos indivíduos, como por exemplo, a saúde.

Dentro dos contextos sociais há uma variação das reações e comportamentos de homens e mulheres em função da interação dos mesmos. Todo processo de interação pressupõe uma demarcação entre as categorias que estão interagindo. E é nessa interação que a categorização social enfatiza a produção de diferenças e desigualdades de gênero. A partir dessa compreensão é possível pronunciar que gênero não é uma característica fixa, pois depende dos processos de interação social entre homens e mulheres em determinados ambientes.

A visão interativa de gênero se manifesta de diferentes maneiras, como a categoria de status, ligada as características em que os indivíduos têm e que estão associadas na sociedade a crenças sustentadas de estima e valor. O elemento marcante dessa categoria é o contato constante dos pares, homens e mulheres, de modo a estabelecer uma dependência contínua da categorização de sexo, que organiza a interação e cria expectativas e estereótipos de gênero. As organizações e as instituições, fontes de crenças culturais, produzem e reproduzem facilmente as distinções e desigualdades através de tratamento e impacto desiguais.

Além da criação de distinções entre homens e mulheres, a divisão de gênero cria um sistema de três níveis de práticas – individual, interativo e institucional – que organiza as

desigualdades baseadas nessas distinções. O nível individual pode ser identificado por valorizar mais as características ligadas aos homens e a masculinidade. O interativo, por sua vez, está relacionado a produção de diferenças que envolvem criação de hierarquia de gênero. E por fim, o nível institucional, que assinala diferencialmente valor, status e recursos na base de gênero.

De acordo com a perspectiva sociológica, é possível entender que a desigualdade de gênero se reproduz fortemente através da institucionalização e da ideologia. Na qual a primeira constitui as relações cristalizadas, invisíveis e despersonalizadas, ao encobrirem interesses e incorporando-se nas estruturas sociais e rotinas do dia a dia, e segunda, legítima e atribui sentido a desigualdade por meio do paternalismo, da deferência, do “essencialismo” de gênero e da hierarquia de valor.

A próxima seção apresenta gênero enquanto categoria que configura as relações desiguais entre homens e mulheres.

5.3 Desigualdade de Gênero

As relações de gênero começam a ser perpetuadas antes mesmo do nascimento e acompanham o indivíduo por toda sua vida. As distinções de atributos masculinos e atributos femininos através de cores, comportamentos, sentimentos e trajetórias de homens e mulheres são consideradas naturalmente pela sociedade, mas de fato revelam relações de poder.

Desde o nascimento são ensinados ao indivíduo que a virilidade, a coragem e a presença/participação dos espaços públicos são atributos masculinos; e a delicadeza, a fragilidade e as atividades do espaço privado são femininos.

Em outras palavras, pode-se dizer que as relações de gênero são construídas socialmente e por isso podem ser modificadas. Esse argumento corrobora com a tese de Bárbara Risman, na qual gênero deve ser entendido como uma estrutura social, assim como a política e a economia.

Segundo Risman, as noções de gênero devem ser consideradas além dos indivíduos, pois estão presentes nos processos cotidianos da vida social e das organizações. No entanto, essa elaboração é um pouco complexa, pois envolve múltiplos níveis de análise e as noções de causalidade e recursividade, diferenciando as oportunidades e limitações de gênero em três dimensões, apresentadas na seção anterior: individual, interativa e institucional.

A divisão sexual do trabalho é um bom exemplo de que “quando gênero é o maior componente da estrutura de desigualdade, a desvalorização de gênero acarreta menos

poder, prestígio e recompensas econômicas, que o gênero valorizado” (SOUZA, 2009: 55). Retomando a idéia de diferenciação de atributos masculinos e femininos considerar-se-á dentro da divisão sexual do trabalho os serviços domésticos, que ilustram a construção social de gênero e as relações de poder.

Os trabalhos domésticos de lavar, passar, cozinhar e cuidar dos filhos, sem remuneração, são definidos como tarefas das mulheres e são reproduzidos desde a adolescência quando a jovem auxilia a mãe nessas tarefas; enquanto os serviços públicos, com remuneração, são definidos para os homens. E, mesmo quando as mulheres desempenham trabalhos no ambiente externo a suas residências, trabalhos remunerados, não são isentas dos serviços domésticos, fato que ocasiona a dupla jornada de trabalho. E isso ocorre porque a estrutura da divisão sexual do trabalho é subjacente ao modelo do patriarcado, no qual as mulheres devem ocupar papéis e posições submissas aos homens.

Risman destaca que o elemento mais importante para entender qualquer estrutura de desigualdade é identificar quais os mecanismos, que naquele momento, estão construindo as relações desiguais e como estes podem ser modificados para criar a igualdade. A autora acredita que as pesquisas acadêmicas devem servir para a transformação social e considera de suma importância a organização coletiva dos grupos que contestam as opressões e desigualdades. Em *Gender as social structure*, Bárbara Risman sugere que as feministas compreendam porque e como as relações desiguais de gênero são construídas, para que as relações entre homens e mulheres sejam realmente transformadas. E indica como primeiro passo para iniciar essas transformações a desconstrução de gênero enquanto categoria que define a mulher como subordinada.

6. Desigualdade de Gênero em Saúde

Apesar de haver uma mudança de paradigma em curso, que considera os fatores sociais como causadores da saúde e da doença, muitos estudos consideram a categoria de gênero, mas não atribuem a esta as discrepâncias encontradas, de modo que naturalizam essas diferenças e consideram apenas as dimensões biológicas.

De acordo com as novas tendências de estudos no campo da saúde, que destacam a importância dos fatores sociais na causalidade da saúde, este capítulo analisará os efeitos da desigualdade de gênero em saúde, segundo indicadores de morbidade. Ainda que a literatura brasileira sobre desigualdade em saúde tenha seus estudos concentrados nas questões de acesso e utilização de serviços.

Em *Gênero e saúde no Brasil*, Estela Aquino **et al.** constatam que as mulheres têm uma expectativa de vida mais elevada que os homens, sete anos em média. No entanto, essa longevidade das mulheres é marcada por piores padrões de saúde, em todas as regiões do país, mesmo excluindo questões específicas da vida reprodutiva. “Em todos os estados, as mulheres apresentaram maiores prevalência de problemas de saúde que os homens, e os diferenciais por sexo foram praticamente constantes, situando-se em torno de 20 a 30% de ‘excesso’ feminino de problemas” (AQUINO, et al., 1992: 197).

Há algumas hipóteses que podem explicar as diferenças entre homens e mulheres quanto aos padrões de saúde. As elevadas taxas de mortalidade a favor dos homens podem ser atribuídas às mortes violentas, ou seja, mortes que envolvem assassinatos, acidentes, e relações com o mundo do crime. Essa relação inverte quanto à taxa de morbidade, pois os homens procuram atendimento médico apenas por motivos de trabalho e seguro social, ao passo que as mulheres buscam cuidados com a saúde espontaneamente. Adiante veremos outros elementos (AQUINO, et al., 1992).

A Tabela 1 apresenta o panorama geral da desigualdade de gênero em saúde, segundo a auto-avaliação dos indivíduos. A partir das análises dos dados é possível perceber vantagens a favor dos homens em todos os julgamentos. Na auto-avaliação do estado de saúde como “bom” os homens apresentam 78,25% e as mulheres 73,73%. Já nos julgamentos de “não bom” que agrupa os julgamentos “regular”, “ruim” e “muito ruim” os homens apresentam 21,74% e as mulheres 26,26%. Dessa forma, os dados e as análises

corroboram com as teorias que apresentam as mulheres em desvantagens na percepção da saúde.

Tabela 1
Auto-avaliação percentual do estado de saúde para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme gênero.
Brasil, 2008.

ESTADO DE SAÚDE	GÊNERO	
	HOMEM	MULHER
Bom*	78,25	73,73
Regular	18,34	22,32
Ruim**	3,40	3,93
Não boa***	21,74	26,26

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

Notas: *Estão agrupados na categoria bom os julgamentos: “muito bom” e “bom”.

**Estão agrupados na categoria ruim os julgamentos: “ruim” e “muito ruim”.

***Estão agrupados na categoria não boa os julgamentos: “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

A Tabela 2 apresenta os percentuais da auto-avaliação considerada não boa, ou seja, indivíduos que auto-avaliaram sua saúde como regular, ruim e muito ruim. Para mensurar essa variável fez-se a opção de padronizar por idade e controlar por raça e região, pois essas divisões certamente afetariam o resultado da análise.

Tabela 2
Auto-avaliação percentual do estado de saúde não boa para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme gênero, raça e região.
Brasil, 2008.

REGIÃO	Branco		Não-Branco*	
	HOMEM	MULHER	HOMEM	MULHER
Norte	26,00	30,02	28,92	34,49
Centro-oeste	20,06	23,80	23,21	30,52
Nordeste	24,83	30,12	27,96	34,92
Sudeste	15,38	17,62	21,08	26,13
Sul	19,44	22,96	24,19	30,62
Total	18,46	21,69	24,90	31,00

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

Notas: Estão agrupados na categoria não boa os julgamentos: “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

* Estão agrupados na categoria “não-branco”: “preta” e “parda”.

Dessa forma, percebe-se que as mulheres, brancas e não-brancas, apresentam uma auto-avaliação mais negativa que os homens em todas as regiões do país. A região de maior diferença entre homens e mulheres é a Nordeste, como demonstra a Tabela 2.

Gênero trata de relações sociais em que mulheres e homens estão iguais e mutuamente implicados. Essa disseminação também tem revelado a complexidade do uso da categoria, já que gênero interage com outras dimensões do sujeito, como classe social e cor/raça/etnia, bem como as práticas cotidianas, como exercício da sexualidade e trabalho, criando desigualdades também entre as mulheres (VILLELA, et al., 2009:999).

Na análise desses dados é possível perceber os efeitos da categoria racial junto ao gênero. Em todos os estados homens e mulheres não-brancos (pretos e pardos) apresentam os piores padrões de saúde se comparados com os indivíduos brancos. Os efeitos de raça são mais discrepantes que os de gênero – considerando-se as comparações dos percentuais de todos os indivíduos não-brancos e brancos; e entre homens e mulheres – nos quais os homens negros e pardos possuem piores padrões de saúde que as mulheres brancas.

Esses dados corroboram com a tese apresentada anteriormente de que as mulheres possuem piores padrões de saúde em todas as regiões do país. Porém, refutam a hipótese inicial de que os efeitos de gênero seriam mais elevados que os de raça.

A Tabela 3 apresenta um diferencial da Tabela 2 ao distinguir a auto-avaliação em regular e ruim (ruim e muito ruim).

Tabela 3
Auto-avaliação percentual do estado de saúde para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme gênero, raça e região.
Brasil, 2008.

Região	Branco				Não-branco**			
	HOMEM		MULHER		HOMEM		MULHER	
	Regular	Ruim*	Regular	Ruim*	Regular	Ruim*	Regular	Ruim*
Norte	22,55	3,44	25,27	4,74	24,01	4,91	28,52	5,97
Centro-oeste	17,46	2,59	20,89	2,90	20,16	3,04	25,97	4,54
Nordeste	20,81	4,02	25,59	4,53	23,26	4,69	29,45	5,47
Sudeste	13,13	2,24	15,12	2,49	17,82	3,25	22,41	3,71
Sul	16,26	3,17	19,70	3,25	20,33	3,86	24,53	6,09
Total	15,66	2,79	18,60	3,09	20,91	3,99	26,17	4,82

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

Notas: *Estão agrupados na categoria ruim os julgamentos: “ruim” e “muito ruim”.

** Estão agrupados na categoria “não-branco”: “preta” e “parda”.

Através dessa Tabela é possível perceber que auto-avaliação não boa se concentra mais na definição de regular, tanto para os homens quanto para as mulheres. No entanto, tal como na Tabela 2, as mulheres apresentam os piores padrões de saúde, com os maiores índices na auto-avaliação regular e ruim, em todas as regiões. Cabe destacar as regiões Sul e Sudeste. Na região Sul, as mulheres negras apresentam o índice mais elevado (6,09%) se comparado com outras regiões. E principalmente em contraposição com a região Sudeste, na qual os homens brancos apresentam o menor índice (2,24%).

Embora esse estudo apresente padrões regionais distintos dos encontrados por Aquino *et al.* que considera a tese de que “as desigualdades regionais estariam contribuindo para as diferenças observadas entre os sexos” (AQUINO, et al., 1992: 199) é necessário considerar que a dimensão regional é parte da desigualdade socioeconômica.

Tabela 4
Presença percentual de doença crônica para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme gênero, raça e região.
Brasil, 2008.

REGIÃO	Branco		Não-Branco*	
	HOMEM	MULHER	HOMEM	MULHER
Norte	16,90	22,39	18,91	23,88
Centro-oeste	16,53	22,97	17,30	25,13
Nordeste	15,93	21,94	16,10	21,99
Sudeste	15,45	21,80	16,69	21,64
Sul	17,62	23,97	16,69	24,48
Total	16,17	22,45	16,77	22,52

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

Notas: Agregação das doenças crônicas “coluna ou costas”, “artrite ou reumatismo” e “tendinite ou tenossinovite”.

* Estão agrupados na categoria “não-branco”: “preta” e “parda”.

Em relação às doenças crônicas a Tabela 4 ilustra a proposição de que as mulheres apresentam índices mais elevados que os homens, já que possuem piores padrões de saúde. Na PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – de 2008, a variável “doenças crônicas” é aferida por meio de uma lista de doze doenças². No entanto, para este estudo, optou-se por considerar apenas três dessas doenças segundo o critério de serem doenças auto diagnosticadas a partir dos sintomas, sendo ligadas ao esqueleto ósseo e as articulações – Costa ou coluna; artrite ou reumatismo; tendinite ou tenossinovite. Essa opção pode ser justificada pelo argumento de que, na maioria das vezes, para o indivíduo

² Doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, cirrose.

procurar atendimento médico ele precisa apresentar algum sinal de que sua saúde não está na normalidade.

Para a mensuração dos dados, foram considerados, na Tabela 4, os casos que registraram a ocorrência de pelo menos uma dessas três doenças, uma vez que estas são menos influenciadas pelo acesso aos serviços, com o controle da variável racial.

As análises dos dados apresentam que as mulheres acusam uma maior incidência de pelo menos uma dessas doenças crônicas em relação aos homens, corroborando com a tese de que as mulheres apresentam os piores padrões de saúde. O efeito de raça no registro de doença crônica é menor que na auto-avaliação do estado de saúde, sendo, inclusive, maior entre os homens.

Através dos dados percebe-se que os maiores índices de ocorrência de pelo menos uma das doenças crônicas são registrados por homens e mulheres da região Sul. E ainda, que as mulheres sulistas apresentam o índice mais elevado do que as demais regiões, sendo que destas as não-brancas apresentam mais precariedade, 24,48%. A maior discrepância entre homens e mulheres está na região Centro-oeste.

Na ocorrência de doenças crônicas o efeito de raça é bem reduzido se comparado com o de gênero. Enquanto os homens, brancos e não-brancos, apresentam uma média de 16%,17 e 16,77% respectivamente, as mulheres brancas apresentam 22,45% e as mulheres não brancas 22,52%.

Diferentemente, dos outros dois indicadores de morbidade (auto-avaliação e doenças crônicas), o grau de limitação física é pouco abordado, embora seja um importante preceptor das condições de saúde. E isso pode ser evidenciado por meio das análises dos dados.

Para mensurar a dificuldade de mobilidade física foi considerado o registro de grau de limitação segundo três estágios: dificuldade plena, grande e pequena nas atividades cotidianas. E, de acordo com os dados apresentados na Tabela 5, pode-se inferir que os índices de dificuldade de mobilidade física são mais alarmantes que os de doença crônica.

Enquanto os índices de doenças crônicas registram uma média de 16% para os homens e 22% para as mulheres, os índices de dificuldade de mobilidade física registram 15,60% para homens brancos e 18,69% para homens não-brancos. Já as mulheres brancas apresentam 23,32% e as mulheres não-brancas 28,28%. Embora, tenham sido consideradas as doenças crônicas referentes a ossos e articulações a grande ocorrência de algum grau de dificuldade física pode ser atribuída a fatores de outra ordem, como por exemplo, problemas psicológicos e emocionais.

Os dados apontam ainda a maior dificuldade para as mulheres negras (28,28%) se comparadas com as brancas (23,32%). Nesse indicador, o efeito de raça é semelhante ao de doença crônica, contudo, sendo mais evidente entre as mulheres.

Tabela 5
Dificuldade percentual em mobilidade física para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme gênero, raça e região.
Brasil, 2008.

REGIÃO	Branco		Não-Branco*	
	HOMEM	MULHER	HOMEM	MULHER
Norte	19,86	28,83	22,08	30,71
Centro-oeste	15,93	23,82	17,71	28,09
Nordeste	18,21	27,83	19,27	29,72
Sudeste	13,46	20,92	16,77	25,71
Sul	17,70	24,51	21,63	30,69
Total	15,60	23,32	18,69	28,28

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

Notas: Agregação de grau de dificuldade “plena”, “grande” e “pequena”.

* Estão agrupados na categoria “não-branco”: “preta” e “parda”.

A Tabela 5 permite a análise dos dados de mobilidade física de acordo com a cinco regiões do país. E através desses dados pode-se perceber que a região Norte apresenta os índices mais elevados em todas as categorias, homens e mulheres, brancos e não brancos.

Considerando-se todas as regiões, as mulheres negras apresentam os maiores índices, ao passo que os homens brancos apresentam os menores. Os efeitos de gênero são mais evidentes, em todas as regiões, que os efeitos de raça. De forma que, a região Nordeste apresenta o maior índice de diferença entre homens e mulheres quando o indicador analisado é dificuldade de mobilidade. Enquanto a região Sul apresenta o maior índice de diferença entre brancos e não-brancos para o mesmo indicador. É interessante destacar ainda que, a região Nordeste apresenta a menor variação entre os grupos raciais, enquanto a região Sul, a menor variação para a categoria gênero.

Para o indicador de mobilidade, assim como no indicador de auto-avaliação do estado de saúde, também é possível considerar que as diferenças regionais afetam as diferenças de gênero.

O estado de saúde dos indivíduos foi analisado segundo a combinação dos três indicadores de morbidade: auto-avaliação do estado de saúde, doenças crônicas e mobilidade física. E o resultado apresentado é consistente com a literatura brasileira e com a internacional sobre os padrões de morbidade, nos quais as mulheres apresentam os piores padrões.

Em todos os indicadores foram evidenciados os elevados índices de morbidade negativa a favor das mulheres, principalmente das mulheres negras. A questão racial teve uma variação maior, chegando a ser praticamente nula em doenças crônicas.

No capítulo seguinte serão apresentados os dados e análise para averiguar se os efeitos de gênero são mediados por classe.

7. Análise da Influência Socioeconômica

Apesar dos grandes avanços na área da saúde que possibilitaram ampliação do acesso e da qualidade de vida, o fator socioeconômico persiste como fronteira definidora da desigualdade em saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2010). As vantagens e desvantagens na aquisição de saúde ainda estão condicionadas pela quantidade de recursos que os indivíduos detêm, de modo que, é necessário considerar os fatores materiais. E esse é o foco da maioria dos estudos sobre saúde, que aferem o impacto da classe social nas chances de vida e de saúde dos indivíduos. “O amplo e persistente impacto da posição socioeconômica é explicado pelo grau em que a experiência e a exposição aos principais fatores de risco são estruturadas pela posição socioeconômica” (FIGUEIREDO SANTOS, 2010: 5).

Em *Classe social e desigualdade de gênero no Brasil*, José Alcides Figueiredo Santos propõe a hipótese de que classe social influencia a desigualdade de gênero de renda no Brasil. A partir dessa hipótese originou-se a possibilidade de averiguar se os efeitos de gênero na desigualdade em saúde são mediados por classe, uma vez que Figueiredo Santos defende a existência de uma relação direta entre padrões de morbidade e classe social em *Posições de classe e chances de saúde no Brasil*.

Para a noção de classe social será considerada a noção marxista, na qual classe pode ser definida “como um fundamento da opressão econômica e da exploração” (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008: 354). Segundo Erik Olin Wright, a distribuição e utilização desigual de direitos e poderes sobre os recursos produtivos básicos na sociedade está diretamente relacionado com as relações de classe. A máxima que exprime essa teoria de Wright é: ‘o que o indivíduo *tem*, condiciona o que ele devem *fazer* para obtém o que *detém*’ (FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

A noção marxista de classe social permite ainda considerar as relações de gênero como resultados de desigualdades de poder e de recompensas oriundas do sistema de classes, ou seja, “a condição de gênero está implicada na produção e reprodução do sistema de classes” (STANWORTH, 1984 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2006: 99). Essa elaboração teórica contribui para mostrar que a relação de gênero possui diversas dimensões e que é necessário considerar a estrutura geral da desigualdade para entender a

desigualdade de gênero e sua relação com outros fatores, que combinados pode potencializar ou reduzir os efeitos das desigualdades.

Com base nesse arcabouço teórico, constitui-se a hipótese de que os efeitos da desigualdade de gênero em saúde, apresentados no capítulo anterior, são influenciados e mediados por classe.

Quadro 1
Tipologia de classe segundo as categorias e as demarcações na estrutura social

Categorias de Classe	Demarcações na estrutura social
Capitalista	Definidos pela propriedade de ativos de capital e pela distinção quanto a divisão do trabalho e seu ordenamento.
Pequeno empregador	
Autônomo com ativos	
Autônomo agrícola	Controle da terra como ativo produtivo, mas sem a capacidade de contratar trabalho assalariado.
Especialista autônomo	Inseridos no trabalho autônomo ou assalariado, com até cinco empregados ou sem empregados, com ou sem estabelecimento.
Gerente	Definidos pela situação ambígua de classe: são empregados, mas exercem papel de autoridade.
Empregado especialista	Definidos pelas profissões credenciadas, as profissões de menor poder profissional e os professores do ensino médio e profissional com formação superior.
Empregado qualificado	Categoria formada pelos técnicos de nível médio nas diversas áreas, professores de nível médio ou com formação superior no ensino infantil, fundamental e profissional, professores de educação física e de educação especial.
Supervisor	Posição na ocupação de empregado; supervisor, chefe, mestre ou contramestre de acordo com o grupo ocupacional.
Trabalhador típico	Subordinado a uma autoridade empregatícia.
Trabalhador elementar	Inseridos nas tarefas de trabalho bastante elementares na indústria e nos serviços, como ajudantes de obras, trabalhadores elementares na manutenção de vias públicas, faxineiros, lixeiros e carregadores de carga; trabalhadores manuais agrícolas, garimpeiros e salineiros, excluindo os trabalhadores na mecanização agrícola, florestal e drenagem.
Autônomo precário	São autônomos, mas destituído de ativos de capital.
Empregado doméstico	Posição na ocupação de trabalhador doméstico, com ou sem carteira de trabalho assinado.
Trabalhador de subsistência	Sem renda; trabalham para o consumo próprio.
Trabalhador excedente	Desempregados.

Nota: Quadro elaborado segundo classificação socioeconômica de Jose Alcides Figueiredo Santos em Uma classificação socioeconômica para o Brasil, 2005 e 2009.

Para testar essa hipótese, além da definição marxista de classe social, será utilizada a classificação socioeconômica elaborada por José Alcides Figueiredo Santos em *Estrutura de posições de classe no Brasil* (2002), e aperfeiçoada em *Uma classificação socioeconômica para o Brasil* (2005) nas quais considera as categorias de classe e a demarcações destas na estrutura social, apresentadas no Quadro 1, já que, a noção de classe social será relacionada com as posições sociais que os indivíduos ocupam na sociedade.

Tabela 6
Auto-avaliação do estado de saúde não boa para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme as categorias de classe.
Brasil, 2008.

Categorias de Classe	Auto-avaliação não boa do estado de saúde (%)
Capitalista	6,68
Pequeno empregador	15,93
Autônomo com ativos	20,33
Conta própria agrícola	30,39
Especialista autônomo	5,77
Gerente	11,74
Empregado especialista	8,41
Empregado qualificado	13,52
Supervisor	14,30
Trabalhador típico	19,04
Trabalhador elementar	26,24
Autônomo precário	27,70
Empregado doméstico	29,40
Trabalhador de subsistência	39,21
Trabalhador excedente	28,87

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).
 Notas: Estão agrupados na categoria não boa os julgamentos: “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

Prosseguindo no interesse de analisar classe social, o Quadro 1 e a Tabela 6 destacam as posições de classes destituídas existentes na estrutura social do Brasil. Essas cinco categorias de classe – Trabalhador elementar, Autônomo precário, Empregado doméstico, Trabalhador de subsistência e Trabalhador excedente – consideram a divisão social do trabalho e são agrupadas segundo a posse ou exclusão de ativos/recursos de capital. “O elemento teórico que unifica a noção de posições destituídas é o princípio de

exclusão do controle de ativos ou recursos econômicos” (FIGUEIREDO SANTOS, 2009: 463). Portanto, pode-se entender que os indivíduos alocados nas posições destituídas sobrevivem com o mínimo necessário, estando muitas vezes às margens da pobreza. Através dos padrões de morbidade é possível perceber como a precariedade das condições de trabalho e as posições de classe contribuem para a percepção da saúde e doença, como da própria sociedade que este indivíduo está inserido.

A Tabela 6 apresenta a auto-avaliação do estado de saúde não boa de acordo com as categorias de classe. É notório que os piores padrões pertencem às posições destituídas com uma variação de 26,24% e 39,21%, para trabalhador elementar e trabalhador de subsistência, respectivamente. Esses dados se tornam mais alarmantes quando comparados com as categorias que controlam os ativos de capital, capitalistas 6,68%. Tal comparação gera uma diferença considerável.

A categoria de conta própria agrícola confere uma exceção, é a única categoria fora dos destituídos, que apresentam elevados índices de auto-avaliação não boa, 30,39%, sendo maior do que algumas categorias dos destituídos. Uma possível explicação para essa ocorrência pode ser que os indivíduos alocados nessa categoria são proprietários de suas terras, ainda que pequenas, mas não conseguem contratar empregados, de modo que, os proprietários são também os empregados. E somado a essa questão, o fato de ser trabalho agrícola que conferem grandes exposições a fatores de risco.

Ao considerar as relações de gênero junto com as posições destituídas pode-se perceber que nas cinco categorias – Trabalhador elementar, Autônomo precário, Empregado doméstico, Trabalhador de subsistência e Trabalhador excedente – as mulheres apresentam piores padrões de saúde que os homens. Destacando-se a categoria de empregado doméstico, sendo a categoria com maior concentração de mulheres. No entanto, em três categorias que controlam os ativos de capital – capitalistas, pequeno empregador e especialista autônomo – o padrão de saúde inverte a favor das mulheres. Apenas nessas três categorias os homens auto-avaliaram seu estado de saúde como piores que as mulheres. E por isso, pode-se considerar que outros fatores, como credenciais de educação, podem mediar essas discrepâncias.

Em todas as outras categorias as mulheres apresentam piores padrões de saúde em relação aos homens das mesmas categorias. Contudo, cabe destacar as duas categorias que apresentam os índices mais elevados. E com já anunciado a categoria que apresenta o maior índice pertence à posição de destituídos, trabalhador de subsistência, 40,11% para as mulheres, seguido da categoria de conta própria agrícola com 37,83%.

Dessa forma, pode-se compreender que, embora os padrões de saúde negativos tenham persistido a favor das mulheres, as categorias de classe são decisivas para a transformação destes, corroborando assim com a hipótese inicial de que as relações de

gênero podem ser mediadas por classe, uma vez que, ao inserir esta última variável, houve uma redução da incidência dos efeitos de gênero em saúde.

Tabela 7
Auto-avaliação do estado de saúde não boa para adultos (18 a 65 anos)
padronizado por idade conforme as categorias de classe e gênero.
Brasil, 2008.

Categorias de Classe	Gênero	
	Homem	Mulher
Capitalista	7,27	5,19
Pequeno empregador	16,43	14,56
Autônomo com ativos	19,58	21,89
Conta própria agrícola	29,27	37,83
Especialista autônomo	6,11	5,30
Gerente	11,71	11,56
Empregado especialista	7,47	9,16
Empregado qualificado	11,98	14,74
Supervisor	13,16	14,83
Trabalhador típico	18,27	20,30
Trabalhador elementar	25,14	30,04
Autônomo precário	25,01	31,30
Empregado doméstico	22,40	29,82
Trabalhador de subsistência	37,35	40,11
Trabalhador excedente	26,38	30,43
Total	19,94	23,99

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).
 Notas: Estão agrupados na categoria não boa os julgamentos: “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

8. Considerações Finais

Este trabalho pertence à nova linha de estudos sobre saúde no Brasil que consideram os fatores sociais na causalidade da saúde e da doença. Dentro dessa nova perspectiva, aborda a temática de gênero e a influência de classe social.

Esse estudo concentrou-se na base teórica da desigualdade social segundo Amartya Sen e Charles Tilly. E por meio destas teorias traçou o ponto de convergência entre elas e como o foco do estudo, alcançando a discussão de desigualdade além da renda e da riqueza, a desigualdade relacionada ao bem-estar. E essa relação é fundamental para basear os estudos sobre saúde.

Atualmente os estudos sobre saúde são realizados por várias áreas de conhecimento, inclusive a Sociologia. Nessa configuração, a Saúde Coletiva merece grande destaque, sendo definida “como campo de ação política, marcado pelo o compromisso com as demandas sociais” (VILLELA; MONTEIRO, 2009:994).

A saúde coletiva é construída por dois pilares fundamentais: “compromisso político com a redução das desigualdades em saúde e o caráter interdisciplinar da sua produção acadêmica. Além de estruturada pelo tripé epidemiologia, ciências humanas e sociais, política e planejamento” (VILLELA, et al., 2009: 998). Dessa maneira, definiu-se a relação da saúde com outras esferas da vida social dos indivíduos – entre essas, gênero como uma categoria de análise. Embora seja uma categoria definidora de fronteiras desiguais e que acompanham os indivíduos desde o nascimento até a morte muitos estudos não a consideravam. No entanto, uma nova tendência tem revelado a importância desse fator, principalmente para a saúde e a doença. Sendo assim, apresentou-se como essa categoria se constituiu enquanto área de análise acadêmica, a visão sociológica sobre esta e as relações desiguais entre homens e mulheres.

Através dessas considerações, além de constatar a desigualdade de gênero, construiu-se a hipótese central do estudo: a discrepância entre homens e mulheres afeta diretamente nas chances de saúde dos indivíduos. As literaturas brasileira e internacional acenavam que esta hipótese seria confirmada. Através da análise dos dados, comprovou-se que as desigualdades de gênero são determinantes para os padrões de saúde. Ainda que, supunha-se também que esses efeitos de gênero fossem mais alarmantes que os efeitos da

desigualdade racial. Mas por diversas vezes, percebeu-se que raça era tão determinante quanto gênero para as chances de saúde.

A classe social foi outra variável fundamental para esse estudo. Por meio desta, analisou-se as influências socioeconômicas nas chances de saúde e a relação com a variável gênero, para definirmos se a desigualdade de gênero em saúde seria mediada ou não por classe. E de acordo com as análises dos dados e com suporte da literatura, comprovou-se que as posições de classes que os indivíduos ocupam são determinantes para as chances de saúde.

Dessa forma, conclui-se que os fatores sociais são de fato determinantes da saúde e da doença dos indivíduos. E que gênero, assim como raça, classe e região, é fundamental para entender as desigualdades sociais em saúde.

O Brasil possui o Sistema Único de Saúde (SUS) que serve de modelo para diversos países. No entanto, esse estudo mostra que mais do que bom sistema, o país precisa reduzir outras desigualdades sociais para que as desigualdades em saúde sejam realmente erradicadas. E assim, espera-se que esse estudo contribua para essas elaborações.

9. Referência Bibliográfica

AQUINO, Estela; MENEZES, Greice; AMOEDO, Marúcia. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, vol. 26, n. 3, p.195-202, 1992.

BABBIE, Earl. **Métodos de pesquisas de Survey**. Tradução: Guilherme Cezarino. 3ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

CORRÊA, Mariza. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. In: Dossiê: feminismo em questão, questões de feminismo. **Cadernos Pagu**, n. 16, p.11-29, 2001.

FIGUEIREDO SANTOS, José Alcides. **Estrutura e posição de classe no Brasil**: mapeamento, mudanças e efeitos na renda. Belo Horizonte e Rio de Janeiro: Editora UFMG e IUPERJ, 2002.

_____. **Divisões sociais e desigualdade em saúde**: uma perspectiva de investigação para o Brasil. Artigo inédito. 2008.

_____. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, n. 58, p. 27-45, jun. 2005.

_____. Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, vol.51 n. 2, p.353-402, 2008.

_____. Classe, gênero e família: a questão da unidade de análise. **Teoria e Cultura**, v. 1, p. 97-115, 2006.

_____. Posições de classe destituídas no Brasil. In: Jessé Souza. (Org.). **A ralé brasileira**: quem é e como vive. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, v. 1, p. 463-483.

_____. **Classe social e desigualdade de saúde no Brasil**. Artigo aprovado para publicação na Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2011.

FONSECA, Cláudia. Uma genealogia do “gênero”. **Revista Antropológicas**, 1997.

HEILBORN, Maria Luiza; SORJ, Bila. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, Sérgio (Org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. 2. ed. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999. p. 183-221.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2003**. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Vol. 18 (suplemento), p. 77-87, 2002.

NORONHA, Kenya Valeria; ANDRADE, Monica Viegas. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, vol. 32, n. Especial, p. 877-897, novembro. 2001.

PAYNE, Geoff (ed.). **Social divisions**. New York: Santin's Martin Press, 2000.

RISMAN, Bárbara J. **Gender as social structure**: theory wrestling with activism. *Gender and society*, vol. 18 n. 4, p. 429-450, August 2004.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SOUZA, Marcela Fernanda da Paz. Gênero e desigualdade sob o enfoque institucional. In: *CSONline*, ano3, ed. 7, p. 42-57, 2009.

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

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. A promissora expansão do uso da categoria gênero pela Saúde Coletiva Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 4, p. 994, 2009.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.