

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

PERSPECTIVAS ACERCA DA SAÚDE E DO GÊNERO: O CASO BRASILEIRO

MARISSA SCÁRDUA DE OLIVEIRA

JUIZ DE FORA

2017

Marissa Scárdua de Oliveira

**PERSPECTIVAS ACERCA DA SAÚDE E DO GÊNERO: O CASO
BRASILEIRO**

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 para obtenção do grau de Bacharela em Ciências Sociais – Sociologia.

Orientador: Professor Dr. José Alcides Figueiredo Santos

Juiz de Fora

2017

PERSPECTIVAS ACERCA DA SAÚDE E DO GÊNERO: O CASO BRASILEIRO¹

Marissa Scárdua de Oliveira²

RESUMO: O presente trabalho apresenta as discussões acerca da desigualdade de saúde de acordo com a visão de um novo paradigma, que considera os fatores sociais como determinantes das condições de saúde e doença. Dessa forma, a categoria “gênero” servirá como um destaque para mostrar a influência das distinções entre masculino e feminino ao que diz respeito no estado de saúde dos indivíduos na sociedade brasileira. Como grande parte da literatura acerca da saúde abarca as questões relativas aos aspectos socioeconômicos, neste trabalho os usaremos como a categoria de classe social. Vale a pena lembrar de que a desigualdade de saúde pode ser estudada tanto por seu aspecto de morbidade, quanto ao que diz respeito à mortalidade. Levando em consideração o paradoxo que representa uma maior perspectiva de vida feminina em relação aos homens, mas um pior padrão de qualidade de vida, esse estudo se deterá ao aspecto de morbidade na desigualdade de saúde. Para que tivéssemos um exame desses padrões de qualidade de vida ao longo dos anos, foram utilizados os micro dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar) referente aos anos de 2003 e 2008 e a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) relativa ao ano de 2013. Todos os resultados foram calculados utilizando-se o programa estatístico *Stata*, versão 13.

Palavras- chave: Desigualdade de saúde, gênero, saúde, classe social, renda.

ABSTRACT: The present work introduces a discussion about health inequality in Brazil, from the point of view of a new paradigm that considers social factors as conditions determinants for health and diseases conditions. In this form, the “gender” category is used as a form to highlight the influence of masculine and feminine sex in the health condition of the Brazilian society.

¹Trabalho 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 para obtenção do grau de Bacharela em Ciências Sociais – Sociologia, sob orientação do Professor Dr. José Alcides Figueiredo Santos.

²Bacharela em Ciências Humanas e graduanda em Ciências Sociais pelo Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora. Contato: misa-oliveira@hotmail.com

As the available literature about the health issue consider the socioeconomic aspect, in this work the social class category will be used as the socioeconomic aspect. It is worth to remember that health inequality can be studied from the morbidity or mortality point of view. Considering the paradox between a highest life expectancy in womans but a low health quality compared to men, this study highlight the morbidity aspect of the health inequality. In order to observe the patterns of the quality of health during ten years, a data base of the PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar) from the years 2003 to 2008 was used, and additionally a data base from PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) of the year 2013 was included. All the results were computed using the *Stata* software version 13.

Key words: Health inequality, gender, health, social class.

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da desigualdade de saúde vem ganhando mais força nos últimos anos, marcando a maior importância dos determinantes sociais na saúde. Anteriormente, os fatores sociais não eram levados em consideração nos estudos epidemiológicos como causadores de doenças, apenas eram retratados como determinantes secundários. Os estados de saúde eram considerados apenas por seu caráter biológico. Com o avanço dos estudos no campo, começa-se a perceber a necessidade da influência de outros fatores nas análises de saúde e das desigualdades presentes na mesma, afirmando a construção social acerca do tema. Com a expansão dos estudos sociais em relação à saúde e dos movimentos feministas nos anos 70 começa-se a trabalhar a questão de saúde de acordo com o gênero.

Entenderemos gênero aqui como um sistema de classificação que organiza as relações entre indivíduos de acordo com a categoria sexual. Ele é uma forma de distinção de status baseado em crenças compartilhadas e com grande valor social. O gênero organiza as relações sociais e se baseia em características individuais, influenciando de forma direta nos comportamentos individuais. O gênero atua em diversos contextos, incluindo como explicador de fatores decisivos na vida dos indivíduos, como a saúde. Quando relacionamos mulheres e homens, percebemos que estas possuem menor poder social que os homens, isso

se considerarmos os mesmos enquanto categoria de classificação. Por isso o recorte para o trabalho.

Apesar de ser uma categoria que causa efeitos na realidade observável, o gênero ainda possui pouco enfoque nos estudos sobre desigualdade de saúde, isso porque os fatores socioeconômicos tem maior visibilidade nesses estudos. Nesse artigo representaremos como fator socioeconômico a classe social. Classe social se distingue de fator socioeconômico, principalmente, pela articulação teórica para classificação de pessoas dentro de categorias. Fatores socioeconômicos articulam indicadores de uma forma mais livre (LANG, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995 *apud* COIMBRA, 2017: 60). Classe social possui um grande impacto nas escolhas individuais e, conseqüentemente, em suas chances de vida, uma vez que delimitam condições estruturais de ação. Quando dissemos de estratificação de classe, estamos nos referindo à desigualdade de distribuição de poderes e direitos sobre recursos produtivos dentro de uma sociedade, o que acaba por gerar de forma direta influência na vida dos indivíduos e das instituições um posicionamento da estrutura das classes ao acesso de recursos materiais (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2005: 28). A distribuição desigual de poderes e recursos afeta de forma direta na saúde dos indivíduos para melhor (quando mais abastados) ou pior (quando menos abastados). A desigualdade de saúde e sua distribuição é um tipo de diferença em que se pode haver modificação, daí sua qualidade de desigualdade. Fosse apenas uma diferença, não haveria essa possibilidade. De acordo com a definição de Therborn, o termo “desigualdade” não deve ser diretamente ligado ao termo “diferença”. O primeiro apresenta muito mais particularismos do que a segunda expressão, uma vez que o primeiro é sempre verticalizado, enquanto o segundo se apresenta de forma horizontalizada. Ainda segundo esse autor, podemos fazer diversas assimilações ao termo “desigualdade”, tais quais: desigualdade refere-se ao processo de violação de uma norma moral de igualdade entre os seres humanos assumindo uma perspectiva de injustiça; não se tratando, apenas de uma categorização tal qual é feita no caso de diferença. Outro ponto importante é o que diz respeito a uma desigualdade que pode ser extingüível. Ou seja, desigualdades são “diferenças hierárquicas, evitáveis e moralmente injustificadas.” (THERBORN, 2010). Sendo assim, gênero capta esse poder diferenciado atuando como uma categoria condicionadora de efeitos diretos e indiretos na distribuição desigual da saúde. A distribuição desigual de recursos entre os grupos sociais gera uma lógica de relações

assimétricas, uma vez que o acesso a determinados recursos gera vantagens para um dos lados conferindo-lhe acesso a recursos e diferentes estilos de vida (TILLY, 2006).

De acordo com os estudos realizados, quando nos referimos à expectativa de vida, aponta-se uma vantagem feminina, seja por suas proteções naturais ou por essas tenderem a procurar com maior frequência serviços médicos. Tendo em perspectiva essa crença surge o questionamento: há, de fato, uma real diferença entre homens e mulheres no que condiz à qualidade de saúde? Quando olhamos para o aspecto de morbidade, estamos nos referindo ao estado e à qualidade de saúde. Nesse trabalho será considerada a questão da morbidade, já que não devemos levar em conta somente os aspectos biológicos para as determinações dos estados de saúde.

Nesse trabalho será levada em consideração a autoavaliação do estado de saúde do indivíduo. A autoavaliação é um indicador muito utilizado nas pesquisas atuais sobre desigualdade e é importante para o estudo, pois captura a saúde média da população em lugar de condições específicas ou de alto risco. A avaliação do indivíduo a respeito de seu próprio estado de saúde serve para medir riscos de saúde em diversos estágios de vida (FIGUEIREDO SANTOS, 2011).

É necessário levar em consideração alguns aspectos sobre o estudo. Primeiramente, a escolha do país, Brasil, não só por se tratar da realidade na qual vivemos, mas, também, por sua abrangência acerca do tema através da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) e da PNS (Pesquisa Nacional da Saúde). Trata-se de duas pesquisas de base sólida, amplas, capazes de nos proporcionar a averiguação de diversos campos acerca da saúde dos indivíduos, de forma a nos permitir trabalhar com os mais diversificados aspectos. Para que a pesquisa não se apresentasse muito enviesada, optou-se por trabalhar com indivíduos entre 18 e 64 anos de idade, indivíduos adultos, em fase de produtividade. O Brasil também é um país marcado por muitas desigualdades, dentre elas, as de gênero, por isso esse recorte.

A saúde transformou-se em um valor intrínseco nas sociedades atuais, porém, mesmo com o aumento do acesso à saúde e uma considerável alta no consumo de serviços médicos, as desigualdades no campo da saúde ainda se conservam, sendo que as diferenças de sexo e de classe social ressaltam ainda mais (Adam e Herlizch, 2001). Esse processo, também, não é

uma exclusividade dos países em desenvolvimento, como o Brasil, mas, também, de países como os Estados Unidos e a Inglaterra, os quais possuem grande contribuição acerca do tema. De acordo, ainda, com os autores Adam e Herlizch (2001), existe uma conexão entre fenômenos biológicos e sociais. Na maior parte das vezes, se faz necessária pensar nas causas para se esclarecer as condições de saúde de determinados indivíduos. Tendo em vista o retorno que podemos dar para a sociedade através da análise desses dados, com a melhora de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população é que resolvi ingressar no tema e o qual apresento esse artigo.

MÉTODOS E TÉCNICAS

O trabalho utiliza os micros dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) dos anos de 2003 e 2008 e a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) do ano de 2013. As bases de dados referidas no presente estudo são as mesmas utilizadas em estudo conduzido pelo Professor Dr. José Alcides Figueiredo Santos, no Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora, e em duas experiências de iniciação científica como bolsista BIC/UFJF.

Realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e introduzida no Brasil na metade da segunda década de 60, a PNAD investiga, através da amostra de domicílios, características socioeconômicas da sociedade brasileira, tais como população, educação, trabalho, rendimento, habitação, previdência social, migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição, etc. Através do questionário suplementar, podemos recolher informações sobre 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. São esses dados que nos permite mensurar a contribuição desses fatores para uma saúde melhor ou pior. O levantamento da PNAD é feito através de três estágios de seleção da amostra: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. Através da amostra, os resultados podem ser expandidos para o território nacional brasileiro, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (IBGE, 2004).

A PNS é, também, uma pesquisa domiciliar de âmbito nacional realizada em parceria

com o IBGE. Sua primeira aplicação ocorreu no ano de 2013 e pretende-se uma periodicidade de cinco anos da mesma. A pesquisa é composta por três questionários: o domiciliar, que diz respeito às características do domicílio e com os mesmos moldes do censo demográfico e da PNAD. O questionário referente a todos os moradores do domicílio que é um complemento ao suplemento de saúde da PNAD e o questionário individual, que é respondido por um morador de 18 anos ou mais selecionado de forma aleatória entre os indivíduos residentes no domicílio com foco nas principais doenças crônicas não transmissíveis, estilos de vida e acesso à saúde e atendimento médico. Através da pesquisa ainda é possível recolher informações sobre características de estilo de vida e comportamentais (hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios, massa corporal,...). A PNS é uma subamostra de uma amostra mestre do IBGE e permite a estimação de indicadores no nível de UF, capital, e região metropolitana. Para o presente trabalho será feito um recorte de idade dos respondentes entre 18 e 64 anos de idade.

As estimativas e análises dos dados recolhidos das bases de dados serão aferidos no programa estatístico *Stata*. O *Stata* é um programa estadunidense e foi criado nos anos de 1980. O principal objetivo do mesmo é a utilização para o tratamento e investigação de dados populacionais mais complexos, como é o caso das pesquisas que serão utilizadas. Atualmente, o software é distribuído em 130 países e é uma ferramenta para pesquisadores e profissionais de diversas áreas (sociologia, epidemiologia social, economia, saúde pública, estatística,...) (BERGAMASCHI, BUENO e SOUZA, 2004 *apud* COIMBRA, 2017).

O *Stata* possui várias ferramentas para procedimentos estatísticos. O programa permite manipular fontes externas, gerar variáveis, fazer a combinação de conjuntos de dados, construir bases diversificadas e verificar possíveis erros de importação ou combinação. O programa, ainda, possui alguns comandos de exibição de informações de banco de dados, faz sumarizações e permite trabalhar com recortes transversais ou longitudinais. (PROCÓPIO e FREGUGLIA, 2013, *apud* COIMBRA, 2017).

A análise dos dados deu-se através da confecção de tabelas com os resultados obtidos através do programa *Stata* versão 13 com uso de regressão logística. Utilizou-se para calcular as probabilidades o comando “*margins*”, nativo do *Stata*, e o procedimento “*predxcat*”, criado por J. M. Garrett para o *Stata*. As sintaxes usadas nos procedimentos foram definidas e

testadas pelo orientador durante o processo de orientação da iniciação científica. Os resultados originais das Tabelas 3.1 e 3.2 foram produzidos pelo orientador com o comando “mtable” criados para o *Stata* por Scott Long e Jeremy Freese. Pretende-se fazer uma combinação entre as diferenças controladas somente por idade e as diferenças ajustadas por um leque de fatores a fim de captar e delimitar os efeitos das variáveis que serão utilizadas durante o trabalho. As diferenças que serão captadas dizem respeito a situações concretas, que estão dentro dos grupos e contextos mencionados no item anterior. Essa é uma forma de especificar os fatores responsáveis pelos resultados que poderão ser encontrados. A regressão logística ajudará a determinar a relação entre gênero, fatores socioeconômicos e o estado de saúde dos indivíduos. Os efeitos das variáveis serão estimados em probabilidades médias ajustadas e serão representados no texto como percentagens de estado negativo de saúde.

O foco do estudo são as desigualdades de gênero em relação à autoavaliação do estado de saúde do indivíduo. A autoavaliação é importante, pois captura a saúde média da população em lugar de condições específicas ou de alto risco. A avaliação do indivíduo a respeito de seu próprio estado de saúde serve para medir riscos de saúde em diversos estágios de vida. Por fim, será usado o indicador em forma binária para diferenciar o estado de saúde “não bom” para os casos de resposta de saúde “ruim”, “muito ruim” e “razoável” em relação aos estados de saúde marcados como “bom” ou “muito bom”.

DESIGUALDADE DE SAÚDE

Entenderemos por desigualdade de saúde as divergências de estado de saúde entre categorias sociais. Trata-se da diferença particular em saúde ou em fatores determinantes de saúde, que podem ser potencialmente alterados. Ou seja, a desigualdade de saúde está ligada ao acesso, ao recurso e a fatores sociais que podem variar de acordo com cenários distintos ou até mesmo por políticas públicas. Nesse sentido, recursos e informações incidem de forma direta sobre a saúde.

No início a desigualdade de saúde era um campo estudado apenas por epidemiologistas e médicos sociais, os quais também consideravam que os fatores sociais possuíam grande influência na saúde dos indivíduos, de forma até determinante. Com a ampliação da área de estudos, hoje os fatores não somente são considerados como importante

como, também, possuem papel de destaque nas pesquisas sobre desigualdade de saúde.

A desigualdade de saúde pode ser analisada em duas perspectivas diferentes: acerca dos grupos sociais ou acerca dos indivíduos, podendo ser identificada através das desvantagens dos indivíduos e de grupos sociais menos favorecidos. Todavia, as diferenças na autoavaliação do estado de saúde e na distribuição dos determinantes do mesmo, podem ser consideradas, também, disparidades de saúde. Mesmo com os avanços na saúde pública e no seu acesso e do aumento da expectativa de vida, a população menos abastada ainda sofre com as diferenças de distribuição da saúde e da doença, devido a essa estruturação desigual presente nas sociedades. Trata-se de um problema persistente ao longo dos tempos, injusta, modificável e reflete as assimetrias socioeconômicas na vida das pessoas. (LANG, 2014; WHITEHEAD e DAHLGREN, 2006; WOLFE, 2014 *apud* COIMBRA, 2017:26).

Quando se quer mensurar a desigualdade de saúde é preciso dispor e escolher entre três tipos de informações. A primeira informação seria o indicador ou determinante de modificação de saúde. A segunda, o indicador de posição e, por último, o método de comparação entre indicador de saúde e os diversos estratos sociais (BRAVEMAN, *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008). Não confundamos estado de saúde e desigualdade de saúde. O estado de saúde dos indivíduos, assim como a desigualdade de saúde, se relaciona diretamente com padrões sociais amplos, não se restringindo apenas aos fatores biológicos. Porém, o estado de saúde de um indivíduo é determinado pela relação entre saúde física e mental que proporcione um bom funcionamento e bem-estar para esse indivíduo. Essas dimensões dizem mais a respeito do estado de saúde de um indivíduo do que o acesso ao serviço de saúde e de intervenção médica, já que se ligam à distribuição desigual de informações e recursos.

O principal aspecto a ser tratado nessa linha de pesquisa é a autoavaliação da saúde, pelo próprio respondente, como um medidor de saúde. Esse detalhe é importante, pois vai além do controle dos recursos e de sua distribuição. Trata-se da própria percepção do indivíduo sobre sua saúde em meio à sua inserção na sociedade de forma mais ampla. É a partir dessa autoavaliação da saúde que podemos perceber como a nossa sociedade é desigual. Ou seja, a autoavaliação permite captar os efeitos na saúde das condições de trabalho, posição social, escolaridade, condições de habitação e outros fatores que influenciam de forma direta

o bem-estar dos cidadãos.

DESIGUALDADE DE GÊNERO

Desde o surgimento das discussões acerca do gênero há uma maior investigação do mesmo enquanto categoria de análise para a compreensão de temas como saúde, por exemplo, e até mesmo para a compreensão de categorias mais tradicionais como classe social, escolaridade e outros. No Brasil, o gênero entra na agenda de discussões a partir da metade do século XX, juntamente com o movimento feminista e outros movimentos sociais que visavam à defesa de diversos interesses, mas de forma específica para cada qual dos grupos sociais diferindo dos anos anteriores, os quais se ligavam ao debate sobre questões de classe. Algumas das correntes feministas apontavam para o gênero como sendo o principal fator determinante para as relações de saúde entre homens e mulheres em lugar das distinções de classe social.

“Parte da militância desses movimentos vai considerar que as determinações de gênero são mais importantes do que aquelas decorrentes da posição dos indivíduos na estrutura social, conferindo às relações de gênero o maior grau de determinação nos processos de saúde-doença e em outros processos sociais.”
(BARATA, 2009:76)

Nesse sentido, seria o gênero o único responsável pelas diferenças de saúde e doença o que é algo extremamente determinista, uma vez que pressupõe que todas as relações dos indivíduos seriam determinadas no momento do nascimento, pelo seu sexo, de forma hierarquizada.

Nesse trabalho será levado em conta também a influências das condições sociais na saúde do indivíduo, uma vez que essas são fatores determinantes para a melhora ou piora de determinado estado de saúde. As condições sociais na saúde e na doença são fatores que podem ser considerados de risco, uma vez que elas influenciam de forma direta para o acesso de recursos que podem contribuir de forma definitiva no estado de melhora da saúde do indivíduo ou em sua morte. Os fatores sociais colocam as pessoas ao “risco de riscos”. Eles

condicionam o indivíduo ao que pode ser uma ajuda para sua saúde ou uma piora, pois impactam na distribuição da mesma para a população e envolve as desigualdades à recursos, à seletividade social na exposição dos riscos, às preferências a determinados grupos em detrimento de outros, às divergências de tratamento que são ofertados no mercado para os diferentes grupos, à distribuição de recursos para os “fornecedores” de tratamentos (que podem promover ou comprometer a saúde) e outros.

O gênero será entendido aqui como uma distinção entre dois grupos, que se legitima em crenças culturais que dão mais valor a determinado grupo social em detrimento de outro. Ou seja, um modelo utilizado para a organização das relações sociais. Os *status* e as crenças são o que caracterizam a desigualdade entre os gêneros ao que condizem as distribuições dos recursos e do poder desses grupos nas sociedades atuais e se trata de um processo que se dá em vários níveis da vida social.

“As relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens.” (BARATA. 2009:77)

Ou seja, as construções dos papéis de gênero na sociedade estão pautadas em uma hierarquização do homem sobre a mulher o que leva a uma precarização acerca do trabalho feminino, incluindo salários, qualificações e tendo o direcionamento das mulheres para os serviços domésticos reforçando ainda mais o estereótipo criado. As estruturas sociais marcam fortemente as relações dentro da sociedade e, portanto, não devem ser ignoradas correndo-se o risco de diminuir a relevância das explicações de gênero acerca da saúde e da doença, assim como nos demais processos sociais. Gênero e demais determinantes para a relação de saúde e doença estarão sempre andando lado a lado, o que devemos fazer é perceber quando um torna-se mais determinante do que outro em cada caso. Assim como a idade, raça ou nível de escolaridade são determinantes para cada aspecto de saúde e doença, o gênero também pode ocupar esse papel, pois ele atua, também, como uma construção social.

FATORES SOCIOECONÔMICOS E DESIGUALDADE DE SAÚDE

De acordo com COIMBRA (2017), a noção de *status* socioeconômico se insere na pesquisa sociológica, principalmente, através das contribuições de Weber se referindo, majoritariamente, à estratificação de poderes. Weber nos propõe ir além da visão estritamente Marxista e leve em consideração, também, outras dimensões da vida além da econômica. Ele acredita que a localização no processo de produção é importante sim, porém não devemos nos limitar a somente esse aspecto, uma vez que podemos considerar o prestígio, nível de escolaridade, redes e grupos de interação dos indivíduos e sem os quais jamais poderíamos pensar ou retratar as hierarquias sociais. Nos dias atuais a ideia de *status* socioeconômico é de captar a posição das pessoas dentro de uma hierarquia e, por vezes, substitui a ideia de classe social (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014; ONGE, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995 *apud* COIMBRA, 2017:60). Apesar de serem processos diferentes, a substituição muitas vezes ocorre devido à maleabilidade do conceito de *status* socioeconômico. Esse conceito, grande parte das vezes, abarca a escolaridade, renda e ocupação, podendo, também, ligar-se aos aspectos mais subjetivos, tais como características do bairro ou da habitação do indivíduo. A ideia é de que pessoas em uma situação similar na hierarquia, também sejam similares quanto às suas oportunidades de vida (BAKER, 2014; BATEMAN, 2014, *apud* COIMBRA 2017:60). Nesse sentido, pessoas com melhores condições materiais teriam maiores condições de investir em melhores condições de vida e, assim, estariam menos expostas a riscos de saúde e morte (FIGUEIREDO SANTOS, 2010). Considerando esse aspecto, teríamos uma relação direta entre classe social e morbidade de saúde.

Classe social se distingue, principalmente, do *status* socioeconômico, pois se utiliza de teorias para articular pessoas dentro de categorias. O segundo faz um uso dos indicadores de forma mais livre (LANG, 2014; WILLIAMS e COLLINS, 1995 *apud* COIMBRA 2017:61). Portanto, consideraremos uma noção marxista de classe social, a qual será definida “como um fundamento da opressão econômica e da exploração” (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008: 354). WRIGHT faz uma relação entre classe e distribuição de poder e de desigualdades sobre recursos produtivos básicos. Essa visão ainda nos permite considerar a possibilidade das relações de gênero ser resultado das desigualdades de poder e de recompensas advindas do sistema de classes. Nesse sentido, gênero seria um reprodutor do sistema de classes, como sugere STANWORTH (STANWORTH, 1984 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2006: 99). Isso nos mostra que entender o gênero possui muitas dimensões e que para as observarmos, devemos, primeiramente, olhar para a estrutura geral da desigualdade.

Essa estrutura pode atuar de forma a potencializar ou diminuir os efeitos da desigualdade. Sendo assim, relacionando classe social e desigualdade, aqueles indivíduos detentores de recursos valiosos teriam uma vantagem sobre as classes produtoras, uma vez que estes dispõem de melhores condições materiais para investirem em saúde do que os demais e, portanto, teriam, também, melhores índices de saúde que o resto da população. De forma mais geral, pessoas localizadas em classes sociais mais baixas tendem a ter piores empregos se expondo de forma mais direta a riscos.

RESULTADOS

Para a maioria das pessoas, a mortalidade se liga de forma prioritária aos homens. A exposição dos homens a fatores de risco nas nossas sociedades é bem maior do que para as mulheres e, muitas vezes, essa exposição pode estar ligada aos papéis desempenhados pelos gêneros, da construção social e cultural do masculino e feminino na sociedade e, também, pelos estilos de vida diferentes entre ambos devido às suas inserções sociais (BARATA, 2009:80). Em controvérsia a esse cenário, temos uma maior referência de pior estado de saúde entre mulheres, que se autoavaliam de forma pior do que homens. A seguir apresento os resultados obtidos.

Tabela 1.1 – Probabilidade predita de saúde não boa e saúde ruim entre homens e mulheres no Brasil ajustada por idade.

Indicador de saúde	PNAD 2003			PNAD 2008			PNS 2013		
	H	M	Razão	H	M	Razão	H	M	Razão
Saúde não boa	0,200	0,259	1,295	0,213	0,262	1,230	0,243	0,298	1,226
Saúde ruim	0,025	0,031	1,240	0,028	0,033	1,178	0,032	0,043	1,343

Nota: Resultados estimados na média da idade com o procedimento “predxcat”. Razão entre probabilidades preditas por mulheres e homens (M/H)

Como se está comparando grupos de diferentes faixas etárias deve-se fazer o controle por idade, uma vez que pessoas mais jovens tendem a ter melhor saúde do que pessoas mais

velhas o que afetaria de forma direta nos resultados. Como o objetivo aqui é ver as desigualdades de saúde com relação ao gênero controla-se a idade e então temos um resultado mais próximo à realidade. Podemos observar na tabela 1.1 através do controle feito por idade que a desigualdade relativa (razão entre os grupos feminino e masculino) decresce com o passar dos anos (29,5% em 2003 para 22,6% em 2013) para os dados de saúde não boa. O mesmo não ocorre com a saúde ruim que decresce no ano de 2008 (de 24% para 17,8%), mas aumenta de forma considerável no ano de 2013 (34,3%)..

Tanto para os dados de saúde não boa quanto para os dados de saúde ruim, homens se mostram com índices mais baixos do que mulheres, porém os mesmos são altos para os dois grupos. Ao que corresponde à saúde ruim, as mulheres tem um grande salto do ano de 2008 (3,3%) para 2013 (4,3%) quando comparadas aos homens (2,8% em 2008 para 3,2% em 2013). Para ambos os sexos há um aumento nos índices de saúde não boa e saúde ruim, mesmo com o controle de idade, o que nos mostra que a saúde piorou para homens e mulheres, embora de forma diferenciada.

Tabela 1.2 – Probabilidade predita de saúde não boa e saúde ruim entre homens e mulheres no Brasil ajustada por idade, nível de escolaridade, cor, região e área

Indicador de saúde	PNAD 2003			PNAD 2008			PNS 2013		
	H	M	Razão	H	M	Razão	H	M	Razão
Saúde não boa	0,182	0,249	1,368	0,193	0,254	1,316	0,221	0,293	1,325
Saúde ruim	0,020	0,025	1,250	0,022	0,027	1,227	0,025	0,037	1,480

Nota: Resultados estimados com o “predxcat” na média de todos os controles. Razão entre probabilidades preditas por mulheres e homens (M/H)

Quando fazemos o controle por nível de escolaridade como apresentado na tabela 1.2 percebe-se que as discrepâncias entre homens e mulheres (desigualdades de gênero) persistem. Mesmo quando esses indivíduos estão em mesma situação socioeconômica, o que nos demonstra que o fator gênero influi bastante nos níveis de saúde dos indivíduos analisados, independentemente do nível de escolaridade dos mesmos. Quando analisamos de forma temporal, percebemos que os altos índices do ano de 2003 persistem até o ano de 2013,

o que mostra uma piora na situação da saúde tanto para homens quanto para mulheres durante o período estudado. Se fizermos uma análise separada dos níveis de saúde da mulher, percebemos que no ano de 2013 existe uma diminuição comparada ao ano de 2003 no qual o nível de saúde não boa era de 36,8% e passou para 32,5%, mas o nível ainda é bastante significativo. No que diz respeito à saúde ruim da mulher em relação aos homens, podemos observar um aumento pronunciado desses índices, pois parte-se em 2003 de uma discrepância de gênero de 25% para uma de 48% em 2013 deste estado negativo mais grave.

Tabela 2.1 – Diferença absoluta de valor da probabilidade média de saúde não boa e saúde ruim da mulher em relação ao homem *

Indicador de saúde	Diferença aditiva		
	PNAD 2003	PNAD 2008	PNS 2013
Saúde não boa	0,061	0,055	0,067
Saúde ruim	0,007	0,007	0,013

* Nota: Estimativa feita com o comando “margins” do Stata. Probabilidade média de todos os casos. Modelos com os controles de idade, nível de escolaridade, cor, região e área rural/urbana. Mudança na probabilidade média da mulher em relação ao homem.

Na tabela 2.1 foi feito o mesmo recorte temporal, porém usando outra forma de estimação, permitindo, dessa forma, fazer uma comparação da variação dos estados de saúde ao longo dos anos, de forma a apresentar a diferença absoluta do valor da probabilidade média de saúde não boa e saúde ruim da mulher em relação ao homem. Assim também percebemos que a diferença aditiva, que significa o que a mulher tem a mais que o homem, tanto ao que diz respeito à saúde não boa quanto ao que condiz a saúde ruim ficou estabilizada nos dois primeiros anos observados e aumenta no ano de 2013.

Tabela 2.2 – Mudança proporcional na saúde não boa e saúde ruim da mulher*

Indicador de saúde	PNAD 2003	PNAD 2008	PNS 2013
Saúde não boa	0,293	0,256	0,284
Saúde ruim	0,220	0,198	0,333

* Nota: Estimativa feita com o comando “margins” do Stata. Probabilidade média de todos os casos.

Modelos com os controles de idade, nível de escolaridade, cor, região e área rural/urbana. Mudança na probabilidade média da mulher em relação ao homem.

Na tabela 2.2, fizemos uma apresentação dos dados relacionados à mudança em proporção de saúde não boa e saúde ruim no que diz respeito somente ao caso feminino em relação ao homem. Podemos perceber que nesse quadro a tendência é de um grande aumento nos índices de saúde ruim (33,3% a mais em relação aos homens), enquanto os dados relativos à saúde não boa se mantêm em estabilidade, o que não quer dizer que não seja um dado alto, uma vez que há um índice de 28,4% de saúde não boa a mais do que no homem. É nesse quadro que percebemos como a qualidade de saúde feminina vem se deteriorando, a partir do ano de 2013 principalmente. Ao analisarmos os dados percebemos uma piora no estado de saúde feminino, principalmente no estado de saúde considerado ruim. Essa tabela seria uma forma de confirmar o resultado anterior da tabela 1.2. A probabilidade média é a média de todos os casos, estimada de forma diferente da anterior, mas que corrobora com o argumento.

Tabela 3.1 - Probabilidade Média de Saúde não Boa por Gênero e Níveis Educacionais. Brasil, 2013.

Níveis	Prob. H.	Prob. M.	Dif. Abs.	Dif. Rel.
Sem educação	0,290	0,378	0,088	1,303
Fund. incompleto	0,274	0,360	0,086	1,313
Fund. completo	0,243	0,324	0,081	1,333
Médio incompleto	0,210	0,284	0,074	1,352
Médio completo	0,171	0,236	0,065	1,380
Superior incompleto	0,148	0,207	0,059	1,398
Superior completo	0,106	0,151	0,045	1,424

Nota: Estimativa feita com o comando “mtable” criado por Long e Freese para o Stata. O modelo controlado pelas variáveis de cor, idade, região, zona (rural ou urbana), dimensão urbana (capital ou não) e informante.

Na tabela 3.1 falaremos sobre o nível de escolaridade e sua influência nas discrepâncias de saúde. A educação se trata de um importante fator socioeconômico e é considerado o indicador que “mais consistentemente exibe uma associação significativa com várias medidas de saúde e mortalidade por todas as causas e por causa específica em uma

ampla variedade de contextos” (Elo *apud* Figueiredo Santos, 2011, p. 30). A educação é um ótimo indicador, uma vez que possui uma ampla cobertura, incluindo aqueles indivíduos que não estão dentre os indivíduos não economicamente ativos, nos oferecendo a oportunidade de abarcar a saúde dessas pessoas de forma mais abrangente. Além de estar diretamente associada aos indicadores de saúde, pode ser importante ao bem-estar da população que apresenta menor acesso a recursos materiais, ao agir como um recurso substitutivo. Na literatura pondera-se que não é tanto a educação em si que favorece a saúde, mas sim o acesso que ela proporciona (Siqueira, 2011, p.42). Dessa forma, na tabela acima, foi estimada a saúde de acordo com o subgrupo de escolaridade. Analisando esses dados podemos perceber que quanto menor o nível de escolaridade de determinado indivíduo, maior são suas discrepâncias de saúde. Perceba os dados que compreendem a desvantagem absoluta da mulher sem instrução (37,8%) e o da mulher com superior completo (15,1%). Uma explicação para essa discrepância é o de que pessoas com maior nível de instrução possuem maior *feedback* econômico, podendo acessar a recursos valiosos de saúde, de forma a obter melhores serviços médicos proporcionando melhor qualidade de saúde a esses indivíduos. Observemos que devemos priorizar as diferenças relativas quando fazemos as análises entre homens e mulheres, uma vez que através desse dado temos uma menor distorção da realidade. Isso ocorre porque, apesar de estarmos comparando grupos, não o fazemos da mesma forma. As diferenças absolutas são influenciadas pela prevalência de determinado estado de saúde; por exemplo, se houver prevalência de pior estado de saúde, haverá uma maior diferença nos índices, pois eles se associam ao contexto em que estão inseridos. A diferença absoluta se refere à subtração dos índices das mulheres com relação aos índices dos homens. Já a diferença relativa diz-se do produto, ou seja, da divisão entre os índices femininos e masculinos. Nesse sentido, se analisarmos as discrepâncias observando as diferenças relativas, perceberemos que os maiores índices estarão entre os grupos com maior nível de escolaridade. No superior completo, a proporção da saúde não boa da mulher excede em 1,424 (42,4%) em relação ao homem.

Tabela 3.2 - Probabilidade Média de Saúde não Boa por Gênero e Classe Social. Brasil, 2013.

Categorias	Prob. H.	Prob. M.	Dif. Abs.	Dif. Rel.
Capitalista	0,097	0,121	0,024	1,247

Especialista autônomo	0,080	0,101	0,021	1,263
Empregado especialista	0,105	0,130	0,025	1,238
Gerente	0,126	0,156	0,030	1,238
Pequeno empregador	0,164	0,200	0,036	1,220
Autônomo com ativos	0,193	0,233	0,040	1,207
Autônomo agrícola	0,248	0,295	0,047	1,190
Qualificado	0,151	0,185	0,034	1,225
Supervisor	0,172	0,209	0,037	1,215
Trabalhador típico	0,206	0,248	0,042	1,204
Trabalhador elementar	0,260	0,309	0,049	1,188
Autônomo precário	0,285	0,336	0,051	1,179
Empregado doméstico	0,290	0,341	0,051	1,176
Trabalhador excedente	0,274	0,324	0,050	1,182
Agrícola precário	0,318	0,371	0,053	1,167

Nota: Estimativa feita com o comando “mtable” criado por Long e Freese para o Stata. O modelo controlado pelas variáveis de cor, idade, região, zona (rural ou urbana), dimensão urbana (capital ou não) e informante.

A última tabela apresentada (3.2) faz referência às probabilidades médias de saúde de acordo com classe social e gênero. Como já dito anteriormente, será considerado como conceito de classe social “um fundamento da opressão econômica e da exploração” (WRIGHT, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008: 354), conceito este de base marxista. Nesse sentido, compreende-se que há possibilidade das relações de gênero serem mediadas e influenciadas pelas desigualdades de poder e de recompensas advindas do sistema de classes. Ou seja, gênero seria um reprodutor do sistema de classes. Observando os dados separadamente podemos perceber que os índices mais altos de saúde não boa se encontram entre as mulheres que trabalham na agricultura de modo precário (37,1%). Esses altos índices se devem, principalmente, pelo trabalho que desenvolvem. Trata-se de uma classe que se concentra, principalmente, em atividades rurais, as quais exigem grande esforço físico, que trabalham em situações precárias e estressantes comprometendo a saúde desses indivíduos. Por possuírem recursos baixíssimos, as pessoas situadas nessa classe possuem apenas o suficiente para sobreviver, o que acarreta na impossibilidade de se investir em saúde, ou seja, o emprego condiciona a circunstância socioeconômica o que é um agregador para os resultados apresentados.

Quando observamos as diferenças absolutas (subtração entre mulheres e homens) percebemos que os maiores índices de pior saúde se concentram nos estratos menos abastados, isso porque, como observamos, há uma maior incidência tanto em homens quanto em mulheres de pior saúde. Então, se há prevalência de pior saúde nesses estratos, os índices também serão mais altos. Mas, ao observamos as diferenças relativas, perceberemos que os piores resultados de saúde se concentram nas classes mais abastadas. Ao fazermos a divisão dos índices femininos em relação aos masculinos (diferença relativa), anulamos os efeitos dessas altas incidências de saúde ruim entre os grupos menos abastados e anulamos o efeito de poucos casos de incidência de saúde ruim entre os grupos mais abastados, mostrando um resultado mais condizente com a realidade, o que não anula os resultados das diferenças absolutas. Para efeitos de saúde pública isso é interessante saber, pois mostra uma grande densidade de casos de saúde ruim nos estratos destituídos. Apenas trata-se de diferentes parâmetros de comparação. As diferenças relativas mostram um efeito mais claro do emprego na saúde. Resumidamente, nos estratos mais abastados as diferenças relativas são maiores, enquanto que nos destituídos é menor. Ao que diz respeito às diferenças absolutas, o inverso ocorre. Mas em todos os casos, os índices de uma saúde não boa são altos, o que demonstra que todos os estratos não tem uma saúde tão boa assim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho tentou demonstrar, através dos dados das PNADS e da PNS como as condições sociais são fatores influentes nas condições de saúde e de doença e como a exposição a fatores múltiplos podem levar um indivíduo para caminhos mais saudáveis ou para tratamentos. As condições sociais condicionam o acesso aos recursos que podem, por sua vez, evitar riscos ou minimizar consequências de doenças caso estas venham a ocorrer. Os fatores sociais, desigualdade de recursos, as constituições sociais, seletividade natural e outros, são razões que afetam diretamente na saúde dos indivíduos ou em processos que afetem essa mesma saúde.

Podemos observar que há uma relação direta entre desigualdade de saúde e gênero. Embora as mulheres apresentem maior expectativa de vida em relação aos homens, vimos que as mesmas não usufruem, necessariamente, de uma qualidade de vida melhor ou mais

saudável. Há uma grande discrepância quando focalizamos no bem-estar social da mulher, que sofre uma desvantagem maior em relação aos homens quando são focalizados a autoavaliação da saúde e outros fatores. A relação de papéis desempenhados é muito importante ao que se refere à autoavaliação. As mulheres, por exercerem papel de dupla jornada cuidando, também, do trato da casa, dos filhos e de outros membros da família podem ter uma percepção mais aguçada dos próprios problemas de saúde. As relações de *status* são as que mais distinguem a desigualdade de gênero, mas ainda assim dependem do reforço das crenças de desigualdades posicionais entre homens e mulheres, já as práticas sociais não reforçam tanto a ideia de homens e mulheres de forma hierárquica, mas sim os tratando como diferentes e desiguais em mesmo nível. Podemos observar que mesmo fazendo o controle da idade e das variáveis socioeconômicas as mulheres apresentaram níveis de saúde não boa e saúde ruim pior, o que nos mostra o efeito direto de gênero nos resultados.

Observamos, também, que quando fazemos um controle pelas variáveis socioeconômicas como escolaridade e classe social, a tendência é de um aumento significativo dos índices femininos. As condições de vida, tais como as relações de emprego, *status* social, padrões de vida material, devem ser todos considerados na avaliação de diferenças de gênero e saúde. Como as mulheres ainda possuem menor acesso às relações de emprego, não há uma captação dessas esferas de forma objetiva, como ocorre no caso do homem, o qual um único indicador de posição social é capaz de fazer esta leitura de forma bastante clara. Através da análise dos dados, confirmou-se a hipótese aqui proposta de que se existiria, de fato, uma real diferença entre homens e mulheres ao que condiz a qualidade de saúde. A análise bibliográfica feita foi, também, de extrema importância, já que ela corrobora com a hipótese de forma a confirmá-la. As desigualdades entre gêneros, a classe social e demais fatores socioeconômicos nos demonstram como são fatores decisivos para a determinação da saúde e da doença nos indivíduos, nesse caso, piores para o público feminino.

Com a análise dos dados aqui feita, percebemos as mulheres vem experimentando aumento na forma mais extrema de pior saúde em relação aos homens, o que pode eventualmente repercutir em mudanças na expectativa de vida e longevidade. Diferentemente do que se pensa sobre mulheres terem maiores expectativas de vida do que os homens devido às suas “proteções naturais”, as alterações sociais podem colocar em questão a ideia do

modelo biomédico, na qual as mulheres teriam um benefício maior em relação aos homens. O que vimos é que a interseção entre desigualdade de gêneros e fatores socioeconômicos que geram as alterações na saúde entre os grupos masculino e feminino da população.

Podemos concluir que, de forma geral, o estudo analisou os efeitos específicos na saúde dos grupos de acordo com divisões sociais de classe e gênero caracterizando as consequências dos processos de combinação das divisões sociais nos processos de saúde e doença e não devemos nos esquecer de que o acesso à saúde e a forma como as construções sociais são estabelecidas na nossa sociedade são fatores muito importantes para a determinação do estado de saúde dos indivíduos. O que se deve fazer para evitar índices tão altos é procurar por atendimento equitativo entre homens e mulheres e que atendam às suas necessidades de forma a melhorar a saúde de todos os indivíduos.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelos incentivos e por lutarem junto a mim para que eu chegasse até o fim. À Universidade Federal de Juiz de Fora, pelo acolhimento e pela oportunidade de fazer parte de um universo novo, diferente e excitante. À PROPP (Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa) pelo financiamento que me permitiu custear os materiais necessários para minha formação acadêmica. Aos professores do curso de Ciências Sociais e aos colegas de graduação pelos conhecimentos transmitidos. Ao professor José Alcides pela inspiração, motivação e ensinamentos, sendo parte essencial para que esse trabalho viesse a se realizar. Com certeza sua disponibilidade, atenção e dedicação para a pesquisa que promove dentro da Universidade Federal de Juiz de Fora faz diferença na vida de muitas pessoas. Agradeço pela oportunidade de fazer parte da sua equipe e por me passar tantos ensinamentos. Ao Cesar Conopoima, ao qual serei sempre muito grata por me motivar, me ajudar, me inspirar e me colocar sempre para frente de forma a me impulsionar. Seu exemplo de dedicação, disciplina, amor aos estudos e à vida me fez perceber o quanto cada oportunidade que nos é dada deve ser aproveitada ao máximo. Orgulhe-se sempre, com certeza essa conquista tem grande parte de você.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001. pp. 49- 86.

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.

AQUINO, Estela. **Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil**. Revista Saúde Pública, vol . 40 , n. Esp, p. 121-32, 2006

BARATA, RB. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?**. In: *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 73-94, 2009.

COIMBRA, Renan Marcelo Alves. **Classe social, renda, escolaridade e desigualdade de saúde no Brasil**. Dissertação de mestrado (Bacharel em Ciências Sociais/ Sociologia). Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2017.

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.** Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 26, n.75. 2011.

_____. **A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, 24 (70), p. 37-60. 2009.

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.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** IBGE, 2014

THERBORN, Göran. **Os campos de extermínio da desigualdade.** Novos Estudos CEBRAP

87, julho 2010. pp.145-156.

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.