
Alguns custos da masculinidade no domínio da saúde e perspectivas de futuro.

Vasco Prazeres¹

Resumo

No presente trabalho, procura-se dar evidência a algumas dissemelhanças epidemiológicas entre homens e mulheres no que respeita, em particular, a dados sobre a mortalidade, a partir da análise de elementos estatísticos, a nível mundial, europeu e nacional. Consta-se a existência de acentuada sobremortalidade masculina por causas de morte ligadas aos comportamentos dos indivíduos, cujo impacto negativo na saúde, a curto, médio e longo prazo, é sobejamente conhecido e que podem ser encarados, numa perspectiva de género, como característicos da masculinidade tradicional, hegemónica, cujos ditames impregnam as vivências dos homens e, em certa medida, as das mulheres. Tecem-se, também, algumas considerações a propósito das diferentes instâncias de socialização, enquanto agentes reprodutores do modelo tradicional da masculinidade hegemónica, assim como do contributo daquelas na construção da identidade pessoal nos rapazes. Por fim, no âmbito da promoção da saúde dos homens e das mulheres, perspectivando o futuro e as dinâmicas sociais que se vivem, equacionam-se a possibilidade e a deseabilidade de um maior entrosamento entre as abordagens positivistas e deterministas, apanágio das ciências médicas, com outras perspectivas enriquecedoras no domínio das ciências sociais, nomeadamente através da perspectiva de género, enquanto determinante de condutas com impacto na saúde.

Ao longo do tempo, os discursos sobre a diferença entre homens e mulheres foram sendo produzidos abundantemente em diversos domínios, tendo como denominador comum o dimorfismo orgânico, enquanto génese da diferença física, psicológica e comportamental. Baseada nesse determinismo biológico, a Medicina tem encarado as diferenças observáveis entre a população masculina e a feminina como inevitáveis, ou apenas mitigáveis em pequena escala, quando se torna possível a intervenção a nível ambiental. Neste pressuposto, as políticas de saúde tem sido desenvolvidas, em regra, baseadas numa suposta imutabilidade da diferença, sob aquilo que Bourdieu (1999) refere como um verdadeiro “*trabalho histórico de deshistoricização*” do sexo, enquanto factor condicionante das condutas individuais e colectivas dos indivíduos.

Contudo, uma abordagem crítica dos dados da mortalidade permite enfatizar outras determinantes das diferenças encontradas, reconhecendo, nomeadamente o papel desempenhado por padrões comportamentais que se inscrevem no domínio do género, enquanto construção social da diferença entre homens e mulheres, a partir do sexo biológico (Amâncio, 1994, 2003).

A natalidade, no sexo masculino, é ligeiramente superior à verificada no sexo feminino. Contudo, a esperança média de vida à nascença, estimada para 2001, no âmbito dos Países ligados à Organização Mundial de Saúde, é superior nas mulheres em cerca de 7,4 anos (OMS, 2002). De facto, constata-se que as taxas de mortalidade², em todos os grupos etários, são sempre mais elevadas nos homens do que nas mulheres, chegando a mais que triplicar nas terceiras e quatro décadas da vida.

¹ - Médico, Consultor de Medicina Geral e Familiar; Sexologista Clínico, pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica; Doutorando em Psicologia Social e Organizacional no ISCTE, sob orientação da Professora Doutora Lígia Amâncio. Responsável pela Área da Saúde dos Adolescentes na Direcção Geral da Saúde.

² Taxa de mortalidade – Número de óbitos por 100 000 habitantes ou, no caso dos menores de 1 ano de idade, número de óbitos por 100 000 nados vivos.

Por outro lado, estabelecendo comparação entre sexos, no que respeita às diversas causas de morte, pode afirmar-se a dissemelhança com maior detalhe. Em termos genéricos, pode concluir-se que, a nível mundial, os homens apresentam taxas de mortalidade mais elevadas que as mulheres devido a causas não especificamente ligadas ao sexo biológico (OMS, 2000, 2002).

Considerando a existência de três grandes grupos de causas, “as doenças transmissíveis” as doenças não transmissíveis” e as “causas externas”³, há que realçar o facto de, encarados globalmente, os dois primeiros grupos não apresentarem diferenças muito relevantes entre sexos; contudo, quando consideradas, dentro de cada um, algumas causas específicas, a disparidade torna-se evidente, havendo predominância num ou noutro sexo, conforme os casos. Convirá realçar que, para além das situações em que a possibilidade de ocorrência do problema de saúde é inerente à própria diferença biológica entre sexos (por exemplo, em situações de doença do foro ginecológico e obstétrico ou do foro andrológico), outras há em que as assimetrias constatadas não evidenciam explicação tão linear.

Se, em relação a algumas patologias, tem sido estabelecido umnexo relacional entre a sobremortalidade verificada e uma maior vulnerabilidade biológica dos homens ou das mulheres, não pode também ser negligenciado um conjunto de outras determinantes, não tanto do domínio da susceptibilidade física mas, mais, das biografias pessoais e das condutas nos universos masculino e feminino. Os estilos de vida, os padrões comportamentais e a exposição continuada a ambientes físicos e sociais com características mais ou menos diversas são condicionantes efectivas de muitas das diferenças encontradas nos padrões da morbimortalidade masculina e feminina. No contexto deste tipo de determinantes, é plenamente justificável serem encontradas no grupo das “causas externas” diferenças muito significativas entre homens e mulheres. A nível mundial, quer sejam consideradas as lesões traumáticas intencionais, quer as não intencionais, adquirem, no conjunto de todas as causas de morte, uma representatividade duas vezes superior nos homens que nas mulheres (OMS, 2002).

Tomando por referência o caso de Portugal, é possível ilustrar, através de alguns exemplos, a sobremortalidade nos homens ligada a padrões de conduta e a comportamentos ditos “de risco” que são tipificados como sendo característicos do sexo masculino (Choquet e Ledoux, 1994).

Assim, registe-se que, em 2001, no grupo das causas de morte por doenças transmissíveis, a taxa de mortalidade (ou seja, o número de óbitos ocorridos por 100 000 habitantes) por VIH/SIDA, em homens, foi sêxtupla da verificada em mulheres (Direcção Geral da Saúde, 2003); se, por um lado, esta constatação possa afigurar-se paradoxal, uma vez que a susceptibilidade biológica à transmissão sexual do vírus é superior nas mulheres, por outro, os padrões simbólicos e comportamentais ligados à actividade sexual no contexto da masculinidade tradicional, que permanecem hegemónicos - nomeadamente, a crença na “invulnerabilidade” masculina e a multiplicidade de parceira(o)s – tornam mais perceptível a diferença encontrada.

No mesmo ano, no grupo das doenças transmissíveis, verifica-se que as taxas de mortalidade por “tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão” e por “doença crónica do fígado e cirrose” nos homens foram, respectivamente, quántupla e quádrupla das apuradas nas mulheres. Tendo em consideração que os hábitos tabágicos e o consumo de bebidas alcoólicas continuam, de uma forma geral, a ser prevalentes no sexo masculino e o facto de estar demonstrado o nexocausal entre tais comportamentos e as patologias mencionadas, não custa encontrar o protagonismo da ordem de género (Connell, 2002) na génese da diferença referida. E, se os estudos epidemiológicos sobre comportamentos e saúde desenvolvidos recentemente (OMS, 2000) começam a evidenciar aproximação dos padrões juvenis femininos aos masculinos – com previsível impacto posterior no domínio da morbimortalidade nas mulheres – tal fenómeno justifica, também, uma abordagem na perspectiva do género, equacionando as questões ligadas à assimetria simbólica entre sexos

³ As “causas externas” dizem respeito ao conjunto dos acidentes, dos suicídios e dos homicídios.

(Amâncio, 2003), e as repercussões da mesma nos próprios comportamentos que envolvem risco para a saúde.

Ainda a propósito da sobremortalidade masculina, refiram-se também os óbitos por causas externas, em que a taxa encontrada nos homens é três vezes mais elevada nos homens do que nas mulheres (Direção Geral da Saúde, 2003), fenómeno a que a generalização das condutas não é, certamente, alheia.

Por outro lado, o facto da socialização de género nas primeiras décadas da vida propiciar o ensaio de padrões comportamentais mais estereotipados, permite entender a maior evidência da assimetria entre sexos verificada nos índices da mortalidade (e da morbilidade) ligada às condutas dos indivíduos – quer no que respeita a repercussões imediatas, no caso das lesões traumáticas, quer no se refere ao curto, médio e longo prazo nas doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Afigura-se assim pertinente que, no campo da promoção da saúde, seja ponderado o papel que diferentes instituições têm desempenhado no domínio da socialização em ambos os sexos, através dos seus regimes de género (Connell, 2002) particulares inscritos, contudo, numa ordem (Connell, 2002) comum, normativando padrões de conduta que, embora em transformação, mantém a tônica numa masculinidade hegemónica (Almeida, 1995) que prevalece sobre outras masculinidades e em torno da qual se (re)organiza a feminilidade tradicional. É, como afirma Connell (2000), *“necessário examinar as circunstâncias específicas e as práticas que produzem efeitos na saúde para se entender as evidências sobre o género”*. Em saúde, só nessa perspectiva a variável sexo, encarada como descritora, ganha sentido, ao entender-se a forma como os seus conteúdos são socialmente produzidos (Marques, 1998).

Se, por um lado, a evidência científica permite constatar, em ambos os sexos, a evolução epidemiológica dos problemas de saúde e das condutas que os geram, a investigação social evidencia a forma como as configurações e as práticas de género se alteram na perspectiva histórica e como geram impacto na saúde de homens e mulheres. A conjugação de ambas as perspectivas parece, pois, consubstanciar uma potencialidade a não descurar no desenvolvimento das políticas de saúde do futuro.