

**Healthy men, sick women?  
A study on the life expectancy  
and health of the Portuguese  
population**

**| Homens saudáveis, mulheres  
doentes? Um estudo sobre a  
esperança de vida e a saúde da  
população portuguesa**

**ABSTRACT | Introduction:** *Significant improvements in population health status, such as increased human longevity and new shaped realities are differently expressed in men and women. There is significant divergence between sexes when it comes to health and to the ability to survive: men are physically stronger and have fewer difficulties, but they record substantially higher mortality rates than women at all ages. Women live longer, but they live with worse health conditions. This is the health and survival paradox involving the male-female relationship.* **Objective:** *Identifying mortality patterns and health profiles, based on sex and age, in men and women at the age group 50+ years.* **Methods:** *Both, mortality data over time and a search based on the database of the National Health Survey (INS), 2005/06, were used in the research.* **Results:** *Portuguese elderly women have worse schooling level and greater risk of living in poverty due to lower income and social status; however, the overall population of older individuals in Portugal presents unfavorable social conditions. Women often have poorer health and more comorbidities, but they live longer than men. Evidences show that poorer health and unhealthy practices are associated with lower income and with undifferentiated work activity, but these factors are not directly associated with sex.* **Conclusion:** *Sex-related factors play an important role in explaining differences in health conditions experienced throughout life. These differences become clearer throughout the aging process both in men and women.*

**Keywords |** *Health; Sex; Age; Life expectancy.*

**RESUMO | Introdução:** As significativas melhorias do estado de saúde das populações como o aumento da longevidade humana, criaram novas realidades, também distintas para homens e mulheres. Há uma significativa disparidade entre a saúde e a capacidade de sobrevivência entre os sexos: os homens são fisicamente mais fortes e têm menos dificuldades, mas têm substancialmente maior mortalidade em todas as idades. As mulheres vivem mais tempo mas em pior estado de saúde. Isso é um paradoxo da saúde e sobrevivência na relação masculino-feminino. **Objetivo:** A investigação tem como objectivo identificar padrões de mortalidade e perfis de saúde, em função do género e da idade, de homens e mulheres com 50 anos ou mais. **Métodos:** Foram utilizados dados da mortalidade ao longo do tempo e a base de dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em Portugal, em 2005/2006. **Resultados:** As mulheres idosas portuguesas têm piores níveis de escolaridade e maior risco de pobreza associada a menores rendimentos e estatuto social, mas em geral a população portuguesa mais velha apresenta condições sociais desfavoráveis. Em termos de saúde, as mulheres têm pior saúde e mais comorbidades, contudo são também mais velhas do que os homens. As evidências mostram que um pior estado de saúde e práticas de saúde pouco saudáveis estão associados a rendimentos inferiores e actividade laboral indiferenciada, mas não directamente associados a homens ou mulheres. **Conclusão:** Os fatores relacionados com o género são um importante contributo para explicar as diferenças em saúde que ocorrem ao longo da vida e se acentuam durante o processo de envelhecimento de homens e mulheres.

**Palavras-chave |** Saúde; Género; Idade; Esperança de vida.

<sup>1</sup>Centro de Administração e Políticas Públicas, Universidade de Lisboa/Portugal.

<sup>2</sup>Universidade Nova de Lisboa/Portugal.

## INTRODUÇÃO |

As mudanças demográficas e sociais das últimas décadas, tais como as consideráveis melhorias do estado de saúde das populações e o aumento da longevidade humana, criaram novas realidades também distintas para homens e mulheres. Nas sociedades modernas dos países desenvolvidos enfrentamos um aumento crescente da população idosa que adquiriu grande capacidade de sobrevivência atingindo idades elevadas.

Os indicadores demográficos da mortalidade e os indicadores da morbidade, obtidos a partir de inquéritos de saúde, mostram que as mulheres vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde. Homens e mulheres diferem em esperança de vida e condição de saúde ao longo da vida. Há uma discrepância considerável entre a saúde e a capacidade de sobrevivência entre os sexos: os homens são fisicamente mais fortes e têm menos dificuldades, porém têm substancialmente maior mortalidade em todas as idades em comparação com as mulheres: isso é um paradoxo da saúde e sobrevivência na relação masculino-feminino<sup>15</sup>.

Uma série de explicações propostas para esse paradoxo está enraizada em interpretações biológicas, sociais e psicológicas. É provável que seja devido a múltiplas causas que integram diferenças biológicas fundamentais entre os sexos, como fatores genéticos, respostas do sistema imunológico, factores hormonais ou padrões de doença. Diferenças comportamentais, tais como maior exposição ao risco e relutância em procurar e cumprir com o tratamento médico por parte dos homens também contribuem para a explicação. Outra consideração é que parte da diferença pode ser devida a desafios metodológicos, tais como seletiva não participação e subnotificação de problemas de saúde, e atraso na busca de tratamento por parte dos homens<sup>22</sup>.

Esse complexo conjunto de questões é característico dos países onde a demografia evoluiu para baixos níveis de mortalidade como é o caso dos países europeus. Quando a dinâmica demográfica é marcada por uma mortalidade elevada, a esperança de vida é análoga nos dois sexos. Os progressos verificados na saúde das populações resultaram num acréscimo sem precedentes da longevidade e, à medida que aumentou a esperança de vida, também a diferença entre os sexos se acentuou.

As condições económicas e sociais são os determinantes sociais da qualidade de vida, do bem-estar e da saúde de

homens e mulheres ao longo do percurso de vida. As trajetórias de vida contribuem para acentuar as diferenças já existentes, pois acumulam capitalizações e descapitalizações que se traduzem em condições socioeconómicas e contextos socioculturais distintos. Uma trajetória de vida corresponde a um percurso com “altos” e “baixos” resultantes de realizações pessoais mais conseguidas ou frustrações sucessivas nas várias localizações do espaço social ocupado.

A partir de certa idade, as condições sociais, económicas e culturais adquiridas condicionam o percurso da vida e contribuem para práticas de saúde e para um “status” de saúde mais ou menos favorável. O estado de saúde em idade mais avançada depende não só daquilo que foi o capital de saúde construído ao longo de uma vida, mas também do momento do ciclo de vida e dos recursos disponíveis para prevenir a doença ou minorar as suas consequências. Envelhecer “bem” é envelhecer com saúde, condição determinante para minimizar os impactos nefastos do envelhecimento como são as eventuais perdas de funcionalidade associadas à multimorbidade e à doença crónica.

As diferenças biológicas entre homens e mulheres, o que designamos em geral por diferenças de sexo, foram durante muito tempo consideradas como um condicionante que inviabilizava uma análise comparada entre a saúde dos homens e a das mulheres. Esse facto influenciava a forma da organização dos cuidados e dos serviços de saúde que deveriam ser adequados a necessidades distintas. Essas diferenças não se restringiam apenas à saúde reprodutiva, mas incluíam distinções genéticas, hormonais e metabólicas consideradas determinantes nos padrões de mortalidade e morbidade dos homens e das mulheres<sup>8,9</sup>.

A perspetiva das desigualdades de género procura investir na análise da articulação das relações de género como produção de vulnerabilidade face à doença e como manutenção das desvantagens diante dos sistemas e cuidados de saúde. Os comportamentos em saúde refletem o contexto social e não são meramente o resultado de opções individuais, projetando-se para além dos papéis sociais adotados, envolvendo as estruturas socioculturais, as políticas, os modos de organização social e as relações entre os diversos intervenientes<sup>27</sup>.

As tentativas em elaborar análises numa perspectiva de género face aos cuidados de saúde, consistiram, na maior

parte das vezes, por ser apenas a descrição das diferenças entre sexos, sem tomar em consideração a complexidade das condições de vida de homens e mulheres e a influência do gênero nas organizações e nos prestadores de cuidados de saúde<sup>17</sup>. No campo da saúde, as análises de gênero permitem destringir a influência que as concepções sobre o masculino/feminino exercem na organização e prestação de cuidados e nos resultados em saúde. Os quadros teóricos utilizados, bem como os (pre)conceitos formulados sobre mulheres e homens e os seus respetivos papéis sociais, influenciam de forma crítica e limitada a informação em saúde, marcadamente biomédica e com uma visão muito particular sobre a mulher<sup>1</sup>.

Ao contrário das diferenças devidas à biologia de cada sexo, as que estão relacionadas com o gênero são evitáveis e podem ser injustas: resultam da posição social dos homens e das mulheres, do papel que lhes é atribuído, ou das discriminações quotidianas<sup>12</sup>. A persistência de relações de gênero desiguais e o potencial impacto negativo na equidade e eficiência dos cuidados de saúde são baseados essencialmente em dois mecanismos: as diferenças de gênero não são atendidas face ao diagnóstico de necessidades e exigências em cuidados de saúde e; a existência de um enviesamento devido ao gênero, profundamente enraizado nas instituições e organizações que providenciam serviços de saúde<sup>17</sup>. A título de exemplo referimos a representação social implementada de que os homens recorrem menos à utilização de cuidados em saúde, aguentando de forma estoica os seus sintomas e incapacidades, apenas recorrendo quando as situações são insustentáveis e as consequências penosas. Essa visão contrasta com a forma como são representados os comportamentos de procura de cuidados de saúde por parte das mulheres, entendendo-se que elas recorrem mais vezes e mais rapidamente aos médicos e outros profissionais de saúde, e por razões tidas por menos graves<sup>14</sup>.

Os estudos centrados em diferenças de gênero revelam que, em média, as mulheres têm menor acesso à educação, ao emprego, aos “bons empregos”, que se traduzem em rendimentos mais altos e que esses fatores determinam diferentes condições de saúde<sup>9</sup>. Há também evidência crescente de que, mesmo quando os homens e as mulheres ocupam uma posição social semelhante, a condição de saúde das mulheres é, em média, pior do que a dos homens<sup>24</sup>. Acresce o facto de que é mais difícil para uma

mulher combinar um trabalho pago com as obrigações familiares, em todos os níveis de atividade profissional<sup>28</sup>. Sabemos também que elas são mais vulneráveis à pobreza, pois são mais condicionadas pelas estruturas sociais da vida quotidiana, como a prestação de serviços públicos ou a coesão social<sup>4</sup>.

O enfoque no gênero procura enfatizar as particularidades do processo de envelhecimento feminino em oposição ao envelhecimento masculino, e, ao fazê-lo, evidencia substanciais diferenças e desigualdades entre os sexos que decorrem de desigualdades nas condições sociais ao longo das suas trajetórias de vida. Apesar da crescente relevância da questão de gênero e dos seus impactos na velhice de homens e mulheres, esses estudos têm apenas um contributo marginal e fragmentado e não têm atraído o interesse científico que o tema justifica.

A revisão da literatura mostra que o perfil de sobrevivência mais vantajoso para as mulheres pode ser explicado por factores biológicos, sociais e comportamentais. Do ponto de vista biológico, há evidência de que as mulheres se beneficiam de alguma proteção contra a mortalidade. O estrogénio contribui para a proteção das mulheres contra doenças cardíacas, através da redução dos níveis circulatórios de colesterol nocivo, enquanto a testosterona aumenta a lipoproteína de baixa densidade<sup>3,11,13</sup>. Além disso, elas têm sistemas imunológicos mais fortes, em parte, porque a testosterona causa imunossupressão. Ademais, do ponto de vista genético, as mulheres parecem ter vantagens devido à presença de dois cromossomas X ao contrário do sexo masculino constituído por XY. Considera-se que o Y é um X incompleto, ou seja, falta-lhe uma secção do X. Apesar de alguma evidência, os factores biológicos por si só não explicam as diferenças na mortalidade, especialmente porque essa relação difere significativamente ao longo do tempo e em diferentes culturas.

O típico comportamento de gênero na prevenção de riscos é um importante factor explicativo da maior esperança de vida das mulheres. O típico comportamento feminino é evitar comportamentos de alto risco. Os homens expõem-se mais a ambientes mais agressivos do que as mulheres seja qual for o enquadramento em que se movem. Além disso, os homens utilizam, em geral, estratégias e práticas de maior agressividade na resolução de problemas que acarretam riscos acrescidos (estão mais expostos a conflitos, guerras e mesmo suicídio)<sup>26</sup>.

## MÉTODOS |

Este artigo é baseado nos resultados de um projeto de investigação denominado “Envelhecimento e Saúde – Uma Análise de Género”. esse projecto foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/CS-SOC/103608/2008). Para a informação utilizada não houve requisitos éticos por se tratar de dados não personalizados. A investigação teve como um dos objetivos a identificação e a análise de perfis de saúde diferenciados em função do género e da idade de homens e mulheres com 50+ anos, e baseou-se na análise dos dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em Portugal, em 2005/06.

O INS é um inquérito geral de saúde realizado periodicamente à população portuguesa. A amostra do INS é probabilística, multietápica (*multistage cluster sample*), obtida a partir de uma amostra-mãe (AM) de unidades de alojamento, destinada a servir de base de amostragem aos inquéritos realizados pelo INE, com as famílias. A AM é selecionada a partir dos dados do Recenseamento da População e Habitação de 2001, utilizando-se, também aí, um esquema de amostragem complexo. Em cada uma das regiões NUTS II, as áreas selecionadas foram distribuídas de forma uniforme, por trimestre e por semana, de modo a minimizar os efeitos sazonais nos resultados do inquérito.

Considerámos apenas a subpopulação 50+, de ambos os sexos, num total 16701 sujeitos, correspondendo a 40,5% do total da amostra do inquérito. Destes, 54,9% são mulheres e 45,1% são homens. O grupo etário mais representativo é o dos 50 – 54 anos, e a partir dos 65 anos o grupo etário com maior representatividade é o dos 65 – 69 anos.

O INS é um inquérito observacional e transversal, realizado com base numa amostra representativa da população portuguesa. Recolhe dados individuais, através da aplicação de um questionário estruturado, por entrevista direta no domicílio<sup>7</sup>. Foi utilizada estatística descritiva sobre um conjunto de variáveis selecionadas e que permitiam caracterizar o estado de saúde por sexo e por grupo etário. No 4º INS, a amostra populacional utilizada foi planeada de modo a ser estatisticamente representativa da população residente em Portugal, por meio de um delineamento de amostragem complexo, que incluiu estratificação e seleção sistemática de conglomerados.

Em complementaridade foram recolhidos e analisados os dados da mortalidade e elaborada uma análise detalhada da evolução da esperança de vida da população portuguesa. Foi utilizada uma base de dados disponível para consulta, *Human Mortality Database* uma fonte de informação *on line* que contém as tábuas de mortalidade construídas para um período longo e inclui informação para vários países. Comparámos as probabilidades de morrer ( ${}_xq_m$ ) de homens e mulheres portugueses ao longo da idade em dois momentos distintos: em 1940, quando os níveis de mortalidade são ainda muito elevados e em 2009, momento em que já se registaram baixos níveis de mortalidade. Para o efeito, construímos um *ratio* de masculinidade ( $RM = [{}_nq_x(h) / {}_nq_x(m)] * 100$ ), que permite comparar a propensão a morrer dos homens e das mulheres ao longo da idade (Figura 1).

Partimos de pressupostos de ordem sociológica que nos levam a considerar que o complexo padrão de papéis e valores que definem o que é pensado como ‘masculino’ e ‘feminino’ tem um impacto significativo sobre os estilos de vida relacionados com a saúde e condicionam as práticas de saúde. E colocámos a seguinte questão: será que as mulheres mais velhas têm, realmente, mais problemas de saúde física e mental do que os homens mais velhos, ou são esses resultados influenciados por um viés de género, devido a uma consciência diferente e um entendimento diferente de saúde e de doença?

## RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo. No último recenseamento registaram-se 19,1% de pessoas com 65+ anos, das quais 21,5% são mulheres e 16,8% são homens. Para esses níveis de envelhecimento demográfico, tem contribuído o recuo acentuado da natalidade ao longo da última década (o indicador de fecundidade revela 1,3 crianças por mulher, em 2011, (INE). A redução contínua de novos nascimentos afecta o equilíbrio relativo dos grupos etários e, em curto prazo, levará à diminuição da população.

Em 2016, a esperança de vida em Portugal era de 83,4 anos para as mulheres e 77,7 para os homens. A esperança de vida masculina à nascença é inferior à média europeia e um dos níveis mais baixos no conjunto dos 15 países europeus com maior longevidade. esse valor pode ser atribuído a

elevada mortalidade prematura da população masculina, muito provavelmente relacionada com comportamentos de risco como os que estão associados à utilização de veículos a motor, promiscuidade nas práticas sexuais, consumo de drogas, tabaco, consumo excessivo de álcool, e os que se relacionam com acidentes de trabalho<sup>12</sup>.

As disparidades na esperança de vida que se observam entre homens e mulheres são o resultado de diferenças na propensão a morrer em todas as idades e refletem as condições socioculturais ao longo do curso de vida. No entanto o fenómeno da sobremortalidade masculina está a atenuar, isto é, a esperança de vida masculina tem aumentado mais rapidamente do que a feminina, particularmente nos escalões etários superiores. Essa tendência, com alguma variabilidade, pode ser atribuída a dois tipos de factores: maior exposição das mulheres a certos riscos decorrentes de novos padrões sociais (beber, fumar, etc...) e alteração das atitudes masculinas face aos cuidados preventivos de saúde. Um factor adicional pode ser o facto de as mulheres trabalharem mais, isto é, concorrem no mercado de trabalho e acumularem a vida

profissional com as tarefas domésticas e por isso as suas circunstâncias de vida têm vindo a piorar. Apresentam níveis de escolaridade mais baixos, mais horas de trabalho diário, menores competências profissionalizantes e carreiras contributivas incompletas ou mesmo inexistentes. Essa desigualdade do padrão de trajetórias de vida, profissional e familiar, tem consequências significativas para a saúde das mulheres e reflete-se mais tarde no final do ciclo de vida. Tais evidências contribuem para sustentar a crença generalizada “de que as mulheres vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde”<sup>25</sup>

Com o declínio da propensão a morrer em todas as idades, acentuaram-se as diferenças de género. Na Figura 1 apresentamos os rácios de masculinidade dos quocientes de mortalidade em 1940 e em 2009. Quando a mortalidade é muito alta, as diferenças entre a mortalidade masculina e a feminina são praticamente nulas como se verifica pela linearidade da curva, isto é, as intensidades da mortalidade masculina e feminina são idênticas. Na curva relativa a 2009, onde se verifica já um padrão de mortalidade mais baixa, as diferenças são muito acentuadas logo a partir

Figura 1 - Relações de Masculinidade (RM) das probabilidades de morte ( $nqx$ ), por idades em 1940 e em 2009



Fonte: Human Mortality Database ([www.mortality.org](http://www.mortality.org)).

dos 10 anos de idade. Essa evidência que se traduz em menos anos expectáveis de vida para os homens resulta de comportamentos de risco e a uma atitude menos previdente. No essencial, quanto mais cedo ocorrem essas mortes, maior é o impacto que vêm a ter na esperança de vida. Quanto mais prematura for a mortalidade, mais a esperança de vida é afectada.

As diferenças de género observadas na esperança de vida permitiram enquadrar a análise detalhada das condições de saúde e das práticas de saúde de homens e mulheres com 50+ anos em Portugal. Mediante os dados obtidos no INS 2005/06, podemos observar que a população analisada é uma população com baixos recursos sociais e económicos. A caracterização do capital escolar reflete a estrutura da população em geral: 80,2% da população tem menos de 5 anos de escolaridade realizados com aproveitamento. E destes, a categoria mais representada são as mulheres (83,4%). A percentagem dos que têm mais de 12 anos de escolaridade não chega a 5% relativamente às restantes categorias.

No que respeita à situação familiar, a maioria (71,1%) dos inquiridos vive em conjugalidade. No entanto, no grupo dos indivíduos que referem não viver conjugalmente, são as mulheres que estão em maior proporção (74,9%). A

percentagem de indivíduos que não vivem conjugalmente com alguém aumenta com idade, isto é, a proporção de indivíduos que vivem sós, é superior nas faixas etárias mais avançadas (16,9% entre os 50 e os 55 para 72,4% acima dos 85 anos de idade)

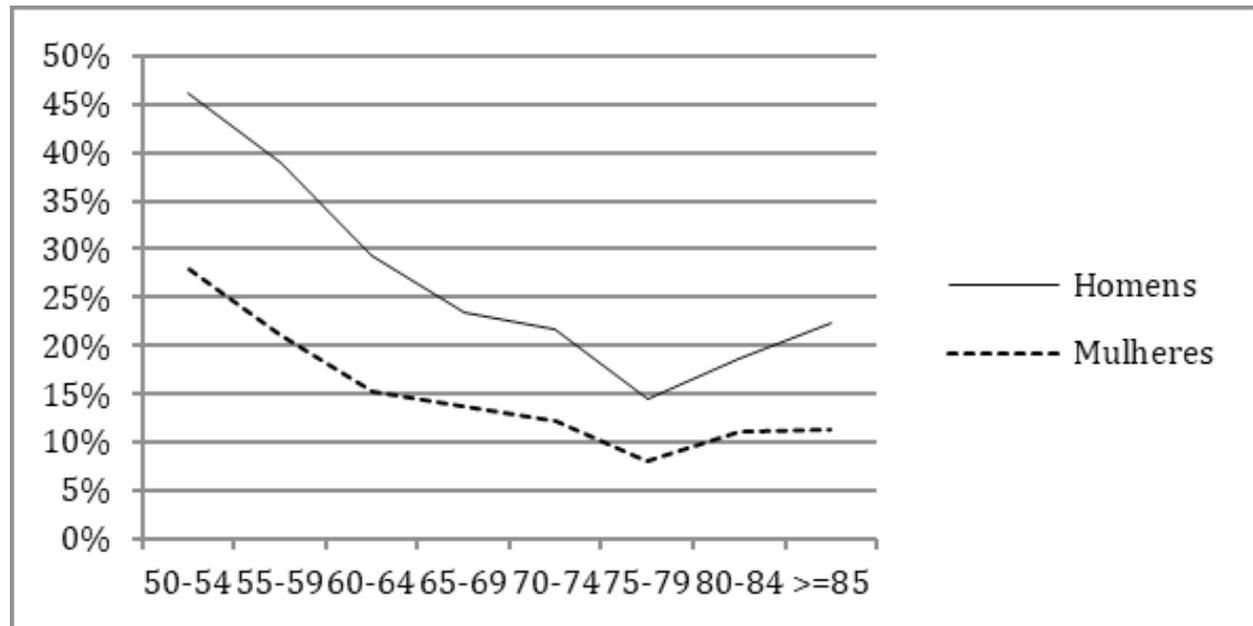
Para a avaliação do Estado de Saúde, seleccionámos um indicador de sofrimento psicológico (MHI - *Mental Health Inventory*, WHO, 2003; E.C., 2004), indicadores de morbilidade, de autoavaliação do estado de saúde, e de doenças crónicas (Tabela 1).

São as mulheres mais idosas que apresentam resultados mais desfavoráveis na avaliação subjetiva que fazem do estado de saúde, e são também as mulheres que apresentam maior sofrimento psicológico. Elas fazem uma avaliação mais negativa da sua saúde, mais de 83,9% das mulheres inquiridas avaliam a sua saúde como “razoável”, “má” ou “muito má” em comparação com 71,4% de homens que afirmam o mesmo (Tabela 1). Se Considerarmos apenas a parcela da população que avalia a sua saúde como “Boa” ou “Muito Boa” (Figura 2), verificamos a vantagem masculina em todas as idades, isto é, há maiores proporções de homens que avaliam a sua saúde como “Boa” ou “Muito Boa” decrescendo os valores até a categoria etária dos 75-79 anos. A partir dessa idade, voltamos a observar um aumento

Tabela 1 - Indicadores de caracterização do estado de saúde, segundo o género

		Total	N	Homens	Mulheres
MHI	Sofrimento Psicológico	35,80%	5979	23,10%	44,70%
	S/doenças	19,00%	3173	25,20%	13,90%
Co-morbilidades	1 doença	26,30%	4392	30,20%	23,10%
	2 doenças	22,90%	3825	21,60%	24,00%
	≥ 3 doenças	31,80%	5311	23,00%	39,10%
Avaliação subjectiva do estado de saúde	Muito boa/Boa	21,30%	3557	28,60%	16,10%
	Razoável	47,10%	7866	46,70%	47,40%
	Mau/muito mau	31,70%	5294	24,70%	36,50%
Percentagem de acamados permanentes		1,90%	317	1,70%	2,00%
Doenças crónicas	Diabetes mellitus	15,10%	2522	14,40%	15,60%
	Hipertensão arterial	43,60%	7282	36,60%	49,40%
	Doenças Reumáticas	30,90%	5161	22,40%	37,80%
	Osteoporose	14,80%	2472	3,20%	24,50%
	Litíase Renal	9,10%	1520	9,80%	8,40%
	Depressão	9,80%	1637	4,40%	14,20%

Figura 2 - Avaliação do estado de saúde como Muito Bom/ Bom, segundo o gênero e a idade



para homens e mulheres. Essa inflexão da curva traduz um aumento relativo de avaliações positivas. Esta é uma idade charneira a partir da qual abranda o ritmo de evolução das taxas de mortalidade. Os sobreviventes adaptaram-se às perdas de funcionalidade e estão mais capazes de gerir a sua saúde, condicionamento que adequa a avaliação do estado de saúde, quer dos homens quer das mulheres.

Relativamente à prevalência de doenças crónicas, das 17 doenças referidas no inquérito, as mais frequentes na população 50+ são a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, doença reumática, osteoporose, litíase renal e a depressão, destacando-se a hipertensão arterial como a condição crónica mais comum. Na maioria das doenças enumeradas são as mulheres que apresentam maior número de casos diagnosticados, exceção para a litíase renal onde a predominância é masculina (Tabela 1).

As mulheres reportam maior número de comorbilidades. A proporção de mulheres que indicam ter 3 ou mais de doenças (39,1%) é praticamente o dobro da proporção de homens (23%). Na posição inversa também os homens estão em vantagem, isto é, dos que afirmam não ter nenhuma doença, 25,2% são homens e apenas 13,9% são mulheres (Tabela 1). Quando observamos a variação da prevalência dessas doenças ao longo dos diferentes grupos etários, podemos verificar que as mulheres partem desde logo com uma clara desvantagem em termos de saúde

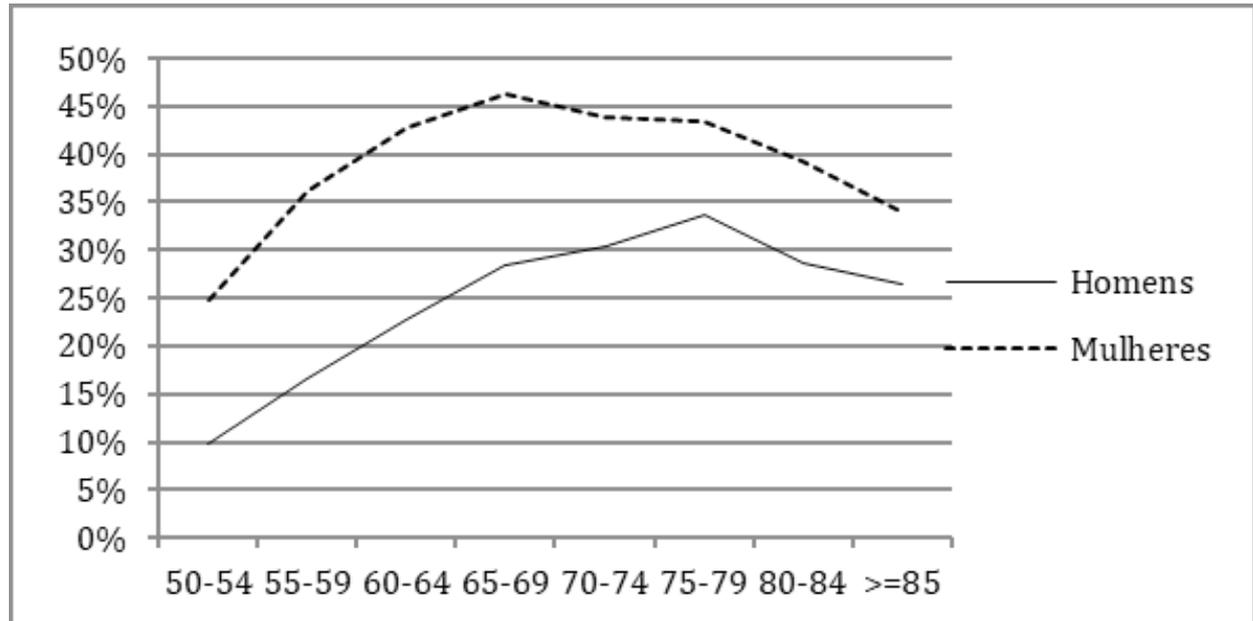
(24,8%) relativamente aos homens (9,8%) (Figura 3). As curvas evidenciam uma distribuição com os valores mais altos nos grupos etários centrais (65 a 79 anos) e os valores mais baixos nos extremos (50 e 85 anos). Novamente encontramos a tendência anteriormente verificada: com a idade aumenta a proporção de indivíduos que apresentam 3 ou mais comorbilidades até a idade de 75-79 anos (nas mulheres ocorre mais cedo). A partir dessa idade, diminui a proporção de sobreviventes com 3 ou mais doenças.

As condições e o estado de saúde alcançados numa certa idade da vida foram condicionados pelos percursos de vida e pelas circunstâncias sociais e culturais em que ocorreram, em combinação com factores estruturais como o género ou o património genético. O género enquanto elemento organizador e diferenciador da vida social proporciona diferentes enquadramentos que procuramos evidenciar.

As práticas de saúde representam importantes determinante de saúde. Práticas salutogénicas como a prática de exercício físico, ou o consumo de alimentos saudáveis são características mais femininas? Práticas não salutogénicas como consumo de álcool e tabaco são masculinas?

Os indicadores que seleccionámos indicam a tendência para práticas mais salutogénicas como práticas femininas apesar de as mulheres serem menos saudáveis do que os homens. Indicadores como *escovagem dos dentes*, *consumo de*

Figura 3 - Prevalência de 3 ou mais doenças, segundo o gênero e a idade. INS (05/06)



fruta, consumo de leite/iogurtes ou o número de refeições diárias, indicam a mesma tendência: há mais mulheres com práticas consideradas salutogênicas.

Os homens consomem mais bebidas alcoólicas do que nas mulheres. Estas são tradicionalmente abstêmias ou apresentam baixo consumo. Entre os homens, os mais jovens (55-59), 68,2% são consumidores e apenas 32,5% nos escalões que têm 85+ anos. (Tabela 2).

No que respeita ao consumo de tabaco são também os homens os maiores consumidores. Do total de homens, 20,5% são fumadores, e apenas 3,0% de mulheres afirmam fumar. Ao longo da idade, há menor número de fumadores nas categorias etárias mais velhas, no entanto a percentagem de ex-fumadores sofre alterações pouco significativas, relativamente à idade, facto que sugere elevada proporção dos que mantêm o hábito ao longo do percurso de vida, ainda que essa categoria seja a mais representativa.

O indicador da prática de atividade física é um indicador de difícil construção pela complexidade que envolve a medição, com objectividade, da atividade habitual e quotidiana. Neste caso, apenas utilizamos a informação relativa ao “tempo quotidiano médio a andar”. Os homens apresentam vantagem face às mulheres e que pode ser interpretado como uma característica de género, isto é, a

“masculinidade” integra a atividade física como inerência relacionada a práticas desportivas em geral.

Em resumo, as mulheres apresentam taxas mais elevadas de práticas consideradas salutogênicas: menor consumo de álcool, tabaco, mais escovagens de dentes, consumo de alimentos entre refeições e maior consumo de alimentos saudáveis (Tabela 2). A exceção a essa tendência reside ao nível da atividade física, e as mulheres declaram andar menos tempo, em média, que os homens (72,8% das mulheres acima dos 50 anos andam em média semanalmente, até 60 minutos).

Com essa análise de estatística descritiva corroborámos as tendências já identificadas para os homens e as mulheres. Para aprofundar esta pesquisa, prosseguimos com um estudo estatístico multivariado recorrendo à análise de componentes principais categoriais (*Categorical Principal Components Analysis- CATPCA*), que é uma adaptação do modelo de componentes principais para permitir a inclusão de variáveis qualitativas. Essa metodologia é utilizada quando se pretende reduzir a dimensionalidade de variáveis medidas em escalas diferentes em um ou mais índices que expliquem uma proporção significativa dos dados. Assim, e uma vez que se pretendia encontrar tendências relacionais explicativas, essa metodologia surgiu como adequada aos objectivos e certas limitações identificadas na base de dados do inquérito<sup>2</sup>.

Os resultados obtidos permitiram identificar duas oposições representadas pelas dimensões 1 e 2 (Tabelas 3 e 4). A dimensão 1 pode ser definida como o *Estado de Saúde* e a dimensão 2 as *Práticas em Saúde*. Homens e Mulheres de todas as idades surgem a meio caminho entre uma dimensão e a outra. As “Boas práticas” em saúde opõem-se às “Más práticas de saúde” tal com o “Bom estado de saúde” se opõe ao “Mau estado de saúde”.

Tabela 3 - Sumário do Modelo 1

Dimensão	Variância	
	Total (Eigenvalue)	% Variância
1	2,185	27,315
2	1,229	15,365
<b>Total</b>	<b>3,414</b>	<b>42,68</b>

Tabela 4 - Medidas de Discriminação das Variáveis

Variáveis	Dimensão	
	1	2
Consumo de tabaco	-0,442	0,616
Nº refeições fora da principal	0,105	-0,461
IMC	0,099	0,128
Estado de saúde	0,751	0,227
Consultas médicas (3 meses)	0,565	0,331
Carga morbilidade	0,707	0,286
Saúde mental	-0,593	-0,072
Consumo de álcool	-0,483	0,61
Profissão <sup>a</sup>	0,195	-0,045
Sexo e Grupo etário <sup>a</sup>	0,473	-0,451
Anos de escolaridade <sup>a</sup>	-0,254	0,064
Beneficiário de Cuidados de Saúde <sup>a</sup>	0,143	-0,026
Conjugalidade <sup>a</sup>	0,145	-0,157
Rendimento <sup>a</sup>	-0,246	0,036

a. variáveis suplementares.

Na Tabela 4 estão descritas as variáveis que integram a análise e identificados os contributos para as oposições geradas. A variável Índice de Massa Corporal (IMC) não se encontra diferenciada em nenhuma das duas dimensões. Desta forma, a Dimensão 1 parece estar mais relacionada com os cuidados e estado de saúde; e a Dimensão 2, com comportamentos e estilos de vida.

No geral as mulheres, em todas as idades, acima dos 50 anos, têm mais baixos rendimentos ( $\leq 500$  euros), mais baixa escolaridade (menos de 5 anos de escolaridade), as que trabalham têm trabalho manual. São também elas que mais negativamente avaliam o seu estado de saúde e apresentam maior sofrimento psicológico ( $MHI \leq 52$ ), referem ter três ou mais doenças crónicas e foram mais a consultas médicas nos últimos três meses (+4 consultas médicas).

Do outro lado os homens, com idade superior ou igual a 50 anos, caracterizam-se por terem rendimentos mais altos ( $\geq 1201$  euros), têm níveis de escolaridade mais elevados (têm mais de 12 anos de escolaridade), têm uma profissão relacionada com trabalho não manual. Avaliam positivamente o seu estado de saúde (Muito Bom/Bom), não se encontravam em provável sofrimento psicológico ( $MHI > 52$ ), referem que não têm doenças crónicas, foram menos a consultas médicas nos últimos três meses (+4 consultas médicas).

Em contrapartida, as práticas não salutogénicas como consumo de tabaco (fumador ou ex-fumador) álcool, insuficiência de escovagem de dentes, menor número de refeições diárias, estão mais próximas dos homens de todas as idades (50+).

Não podemos afirmar que os homens são mais saudáveis e têm piores práticas de saúde. Os resultados a que chegámos a partir das variáveis do INS evidenciam que os homens de todas as idades avaliam tendencialmente os seus estados de saúde como Bom ou Muito Bom e objetivamente vão menos ao médico, têm menos doença crónica autorreportada entre outros indicadores favoráveis ao estado de saúde.

Os homens e as mulheres, em geral, sofrem dos mesmos tipos de problemas de saúde, mas a frequência desses problemas, bem como a probabilidade de morrer é distinta. Doenças como hipertensão e diabetes são mais prevalentes entre as mulheres. Elas também reportam pior condição de saúde do que os homens, um maior número de dias de incapacidade, e são mais propensas a incapacidade de longa duração.<sup>12,25</sup> O alargamento de práticas não salutogénicas, como fumar ou consumir bebidas alcoólicas, tradicionalmente práticas masculinas, tem-se vindo a modificar ao longo dos tempos. As vantagens femininas de esperança de vida têm vindo a reduzir-se não só porque o crescimento de esperança de vida feminina abrandou, mas também como a esperança

de vida masculina tem vindo a aumentar e a um ritmo superior ao da esperança de vida feminina.

Numa análise de género realizada em Portugal para a totalidade da população, baseada no Inquérito Nacional de Saúde (98/99),<sup>12,24,25</sup> foram evidenciadas as desigualdades e iniquidades ao nível da saúde para homens e mulheres. De acordo com o referido estudo, as mulheres têm mais probabilidade de ter uma pior condição de saúde percebida, dias de incapacidade e morbilidade, tendo em conta a idade e o estatuto socioeconómico. Assim, elas apresentam pior saúde e esse dado não parece estar limitado a doenças de baixa gravidade. São também as mulheres que registam um maior número de idas a consultas médicas, independentemente da condição de saúde dos indivíduos, por isso, concluem os seus autores, o género é um determinante do uso dos cuidados de saúde independentemente das necessidades. Por outro lado, as diferenças de género existem independentemente das diferenças socioeconómicas, isto é, um homem tem maior probabilidade de ter uma boa saúde do que uma mulher, mesmo que ambos tenham o mesmo nível de rendimentos, educação semelhante e o mesmo tipo de seguro de saúde. O mesmo estudo refere ainda que são as mulheres quem usa mais frequentemente os serviços de saúde independentemente do estatuto socioeconómico e em condição de saúde semelhante à dos homens (com exceção para os casos de consultas de especialidade).

Um estudo mais recente para a totalidade da população portuguesa, também baseado no Inquérito Nacional de Saúde (05/06) e realizado pelos mesmos autores,<sup>25</sup> vem reforçar as tendências observadas no estudo anterior: as diferenças de género mantêm-se mesmo que controlada a variável do estatuto socioeconómico. As mulheres reportam mais doença crónica com exceção para as doenças do foro cardiovascular onde existe desvantagem do lado masculino. O estatuto socioeconómico reduz a magnitude das diferenças de género que se mantêm, ainda assim, significativas.

## CONCLUSÃO |

O itinerário que percorremos permitiu averiguar de que forma as práticas relacionadas com a saúde são influenciadas pelo género. Partimos de uma análise da mortalidade por sexo e idade. Há uma discrepância considerável entre a saúde e a capacidade de sobrevivência

entre sexos: os homens são fisicamente mais fortes e têm menos dificuldades, mas têm mortalidade mais elevada em todas as idades em comparação com as mulheres.

Embora o nosso objectivo não se centre na avaliação das diferenças entre a esperança de vida masculina e a feminina, a incursão que aqui fazemos permitiu avaliar a dimensão dessa diferença na população portuguesa 50+ anos. A vantagem feminina observada ao longo do tempo, abrandou e é tanto menor quanto maior é a idade.

A análise estatística baseada no INS (05/06), na população com 50+ anos, dá-nos uma tendência geral e pouco aprofundada das diferenças de género sobre uma seleção de variáveis. As diferenças verificadas entre os homens e as mulheres, ao longo da idade permitem evidenciar desvantagens do lado feminino. Alguns dos resultados, em que não é neutralizada a variável idade, poderão estar a ser influenciados pela existência de mais mulheres mais velhas. Sempre que possível esse efeito foi controlado através da idade.

As variáveis de caracterização social dessa população indicam significativos défices para as mulheres. No que respeita aos recursos materiais, existe maior proporção de homens que indicam ter rendimentos mais elevados e o oposto verifica-se para as mulheres, cujos agregados têm os rendimentos brutos mensais mais baixos. A análise desses dados também nos indica que os grupos que apresentam piores condições em saúde, isto é, maior número de doenças diagnosticadas e pior avaliação de saúde, são aqueles que recorrem mais à utilização dos serviços de saúde, e são as mulheres na generalidade, mas também os homens e as mulheres mais idosos.

Nas categorias etárias mais jovens encontramos características sociodemográficas mais favoráveis, nomeadamente em termos de educação, e de condições financeiras, que podem vir a condicionar positivamente o envelhecimento dessas gerações. Espera-se que as gerações futuras usufruam dessa melhoria de condições na sua saúde e bem-estar.

As variações que pudemos observar em alguns indicadores, ao longo do percurso de envelhecimento evidenciam a idade charneira dos 75-79 anos. Se considerarmos a esperança de vida para ambos os sexos, podemos afirmar que ocorrem mortes e um período de morbilidade prolongado que terminará com a mortalidade. Os sobreviventes são os mais

aptos ao processo de envelhecimento e contribuem para uma melhoria dos indicadores após essa idade. Verificamos também que esses sobrevivente acima dos 75 anos apresentam indicadores mais positivos que os das categorias etárias anteriores na maioria dos indicadores estudados (condição de saúde, utilização de cuidados de saúde, estilos de vida e qualidade de vida). Uma interpretação possível poderá ser que tais sobrevivente, pelas suas características intrínsecas biopsíquicas e sociais, encontram-se mais aptos a superar os desafios do envelhecimento.

Apesar de serem as mulheres que revelam práticas mais salutogénicas, paradoxalmente, são elas que apresentam piores condições de saúde. Os homens que assumem mais comportamentos de risco (como fumar e beber) avaliam mais positivamente a sua saúde, têm melhores condições de saúde autorreportada, com menos doença crónica, menor sofrimento psicológico e referem menos idas ao médico.

Determinantes culturais e sociais atuam para distanciar os sexos na propensão à doença. O impacto da idade é diferente para mulheres e homens, não só por razões fisiológicas como pela força das estruturas sociais que destinam papéis masculinos e femininos articulados com estatutos sociais relativamente estabelecidos. As estruturas modelam os perfis masculino e feminino que acentuam a diferença ao longo da idade. Há mais viúvas com 60+ anos do que viúvos, facto que associado a menos recursos económicos, culturais e sociais contribui para reforçar o padrão feminino de vulnerabilidade agora acentuado com a idade.

Os fatores relacionados com o género são um importante contributo para explicar as diferenças em saúde que ocorrem ao longo da vida e se acentuam durante o processo de envelhecimento de homens e mulheres. Os comportamentos de risco, aos quais os homens estão mais expostos, como o consumo de álcool e de tabaco, explicam maior probabilidade de morrer de forma violenta e prematura.

O género não é apenas um fator que molda o indivíduo e a vida individual. É um fator relacional e um determinante complexo que organiza as instituições sociais e as identidades, bem como as relações de poder não só entre homens e mulheres, mas também entre os homens e entre as mulheres.

## REFERÊNCIAS |

1. Annandale E, Riska E. New connections: towards a gender-inclusive approach to women's and men's health. *Current Sociology*. 2009; 57(2):123-33.
2. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med*. 1993; 36(1):33-46.
3. Backes GM, Lasch V, Reimann K, editores. *Gender, health and ageing: European perspectives on life course, health issues and social challenges*. Wiesbaden: Springer VS; 2006.
4. Bastos A, Casaca SF, Nunes F, Pereirinha J. Women and poverty: a gender-sensitive approach. *J Soc Economics*. 2009; 38(5):764-78.
5. Burnay R, Fernandes AA. Envelhecimento e saúde numa perspectiva de género: uma análise da população portuguesa 50+ a partir do Inquérito Nacional de Saúde. In: Nogueira C, Magalhães S. *Género e saúde: novas (in) visibilidades*. Porto: Afrontamento; 2013.
6. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise. *Elementos estatísticos: informação geral (saúde 2000)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003.
7. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med*. 2000; 51(6):931-9.
8. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*. 2001; 323(7320):1061-3.
9. Fernandes AA, Rodrigues T, Henriques FC. Future trends in education among older people. In: Gaymu J, Festy P, Poulain M, Beets G. *Future elderly living conditions in Europe*. Paris: Institut National D'Etudes Démographiques; 2008.
10. Fernandes AA, Perelman J, Mateus C. *Health and health care in Portugal: does gender matter?* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge; 2009.
11. Hunt K, Adamson J, Galdas P. Gender and help-seeking: towards gender-comparative studies. In: Kuhlmann E, Annandale E, editoras. *The Palgrave handbook of gender*

- and health: gendering healthcare and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010. p. 207-22.
12. Klinge I. Gender assessment: European health research policies. In: Kuhlmann E, Annandale E, editoras. The Palgrave handbook of gender and health: gendering healthcare and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010. p. 91-107.
13. Krieger N. Gender, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003; 32(4):652-7.
14. Lin V, L'Orange H. Gender-sensitive indicators for healthcare. In: Kuhlmann E, Annandale E, editoras. The Palgrave handbook of gender and health: gendering healthcare and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010. p. 72-91.
15. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality – sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res.* 2008; 20(2):91-102.
16. Organização Mundial da Saúde. What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Genebra: OMS; 2005. Disponível em: URL: <<http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>>. Acesso em 01 nov 2005.
17. Perelman J, Fernandes AA, Mateus C. Gender disparities in health and healthcare: results from portuguese National Health Interview Survey. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(12):2339-48.
18. Perrig-Chiello P, Hutchison S. Gender, health and ageing: a long and winding road. *Gerontology.* 2010; 56(3):348-51.
19. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Bangalore: IIMB; Solna: Karolinska Institute; 2007.
20. Torres AC. Vida conjugal e trabalho: uma perspectiva sociológica. Oeiras: Celta Editora; 2004
21. Organização Mundial da Saúde. Development of common instruments for health interview surveys in the European region. Genebra: OMS; 2003.
22. Organização Mundial da Saúde. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Genebra: OMS; 2005.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Ana Alexandre Fernandes**

*Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas,  
Universidade de Lisboa,*

*Campus Universitário do Alto da Ajuda,  
Rua Almerindo Lessa, 1300 - 663,*

*Lisboa, Portugal*

*E-mail: [ana.alexandre@icscsp.ulisboa.pt](mailto:ana.alexandre@icscsp.ulisboa.pt)*

Recebido em: 11/03/2019

Aceito em: 27/06/2019