
ATTITUDES SOBRE O PAPEL DE GÊNERO E AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE EM MULHERES BRASILEIRAS DE TRÊS GRUPOS SOCIOECONÔMICOS**GENDER ROLE ATTITUDES AND PERCEIVED HEALTH STATUS IN BRAZILIAN WOMEN FROM THREE SOCIAL GROUPS**

*Patricia Ann Paine****RESUMO**

O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre atitudes sobre o papel de gênero e auto-avaliação de saúde. Foram estudadas 95 mulheres da classe média, 135 empregadas domésticas, e 142 mulheres residentes em invasões entre 25 e 45 anos de idade. A análise de trajetórias demonstrou que grupo socioeconômico teve um efeito indireto na auto-avaliação de saúde, via as atitudes sobre o papel de gênero e os comportamentos que promovem a saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Atitudes; Papel de gênero; Auto-avaliação de saúde.

INTRODUÇÃO

A situação socioeconômica está associada com morbidade e mortalidade no mundo todo. Esta correlação persiste mesmo quando as causas de doença e morte são infecciosas, como nos países em desenvolvimento, ou crônico-degenerativas, como nas nações industrializadas (Syme & Berkman, 1976). Esta associação entre estrutura social e saúde tem sido observada constantemente durante os últimos 800 anos e não pode ser explicado apenas por falta de condições materiais usualmente associadas com a pobreza (Antonovsky, 1967). Mesmo quando os grupos de situação socioeconômica inferior são compostos de pessoas com renda ampla, elas ainda assim são menos saudáveis do que seus contemporâneos com uma situação socioeconômica melhor (Lee & Schneider, 1958; Marmot, Rose, Shipley & Hamilton, 1978). A estratificação social não apenas denota renda e nível educacional, mas também valores e atitudes. Estes fatores psicossociais apresentam associações mais fortes com a saúde do que os cuidados médicos, porque os valores e atitudes determinam comportamentos cotidianos, tais como dieta, exercício, sono e fumo, que contribuem substancialmente para o bem-estar e longevidade (Berkman & Breslow, 1983). Por esta razão os comportamentos e estilos de vida associados com o nível socioeconômico são chamados de caminhos através dos quais a estrutura social afeta a saúde (Williams, 1990). Isso implica em que o relacionamento do nível socioeconômico com a saúde se dê através de comportamentos relacionados com a saúde, e por isso, de forma indireta.

A pobreza tem um efeito negativo maior na saúde das mulheres do que na saúde dos homens. As oportunidades econômicas e sociais restritas que as mulheres já enfrentam devido ao preconceito de gênero, somado às privações psicossociais associadas com a pobreza, resultam em atitudes e valores com reflexo negativo na saúde (Thomas, 1994). Frequentemente, as mulheres pobres e oprimidas detêm atitudes tradicionais sobre o papel de gênero, que incluem a crença de que as mulheres são dependentes socialmente dos homens, e que as mulheres devem permanecer no papel de mãe e ajudante do marido. Entre mulheres brasileiras, esta orientação tradicional já foi associada com práticas contraceptivas inadequadas (Paine, 1994; Paine, Pasquali, Wright & Rosa, 1992).

Levando em consideração a atual transição demográfica e social, as atitudes tradicionais se tornam um fator relevante no estudo de comportamento feminino relacionado com a saúde. A sociedade brasileira rapidamente mudou de uma cultura em grande parte agrária para predominantemente urbana. Este processo tem sido acompanhado por mudanças nas atitudes, papéis e estilos de vida das mulheres e uma queda concomitante nas taxas de morbidade e mortalidade feminina (Laurent, 1989).

A importância das atitudes e orientações sobre o papel de gênero no comportamento associado à saúde tem sido verificado nos autorelatos de saúde apresentados em pesquisas na América do Norte (Fisher, Ransom, Terry & Burge, 1992; Shifren, Bauserman & Carter, 1993). Levando-se em consideração, as evidências de tais comportamentos ocorrem também em mulheres brasileiras de modo semelhante ao que foi constatado em outras culturas (Powell & Reznikoff, 1976; Woods, Laffrey, Duffy, Lentz, Mitchell e cols, 1988), parece lógico propor que atitudes sobre o papel de gênero podem estar também associadas com os comportamentos que, por sua vez, determinam a saúde. As atitudes tradicionais podem ser então um elo entre a estrutura social e a saúde de mulheres brasileiras, especialmente em grupos empobrecidos. Por isso, foi formulada a hipótese de que a estrutura social está associada com atitudes sobre o papel de gênero que influenciam o comportamento, que, por sua vez, determina a saúde.

Para verificar esta hipótese, a análise de trajetórias foi usada para estudar as associações entre as variáveis independentes – situação socioeconômica, atitudes relacionadas ao papel de gênero e comportamento que promove a saúde – e a variável dependente, autoavaliação de saúde, em mulheres de três grupos sociais.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por mulheres entre 25 e 45 anos de idade. Todas as mulheres eram mães de crianças em idade escolar que estudaram em duas escolas públicas: uma, localizada numa invasão no perímetro urbano; e a outra, situada numa área residencial da classe média. Apenas crianças pobres da invasão eram matriculadas na primeira escola. Na segunda escola, havia crianças de classe média e os filhos de empregadas domésticas, que trabalhavam e residiam nas casas de classe média da vizinhança. As mulheres foram contatadas através dos seus filhos. As mulheres com problemas crônicos de saúde e deficientes físicas foram excluídas da amostra.

No total, 142 mulheres da classe média, 95 empregadas domésticas e 135 mulheres donas de casa, residentes em invasão foram estudadas. A média de idade foi 36,52 anos (DP = 7,3) na classe média, 34,1 anos (DP = 4,24) no grupo das empregadas domésticas, e 35,82 anos (DP = 5,84) no grupo das mulheres que residiam em invasão. A média de escolaridade foi 2 anos de universidade (DP = 2,5) na classe média, 3 anos de escola primária (DP = 1,78) no grupo das empregadas domésticas, e 3 anos de escola primária (DP = 2,41) no grupo das mulheres que residiam em invasão.

As atitudes sobre o papel de gênero foram mensurados com A Escala de Atitudes Tradicionais, que é composto de 10 itens tipo *Likert* (Paine, Pasquali, Wright & Rosa, 1992). Esta escala tem três fatores: o papel de mãe e ajudante do marido, oportunidades iguais para homens e mulheres, e independência psicossocial. A validade interna desta escala é alfa do Cronbach = .90.

Os comportamentos relacionados à saúde foram quantificados com o Questionário sobre Comportamentos que Promovem a Saúde (Paine, Pasquali & Ribeiro, 1998). Este questionário é composto de 28 itens de múltipla escolha que indagam sobre a frequência de comportamentos já verificados, fatores de risco para as principais causas de morbidade e mortalidade em mulheres da faixa etária estudada (Berkman & Breslow, 1983; Woods, Laffrey, Duffy, Lentz, Mitchell e cols., 1988). A validade interna deste questionário é alfa do Cronbach = .76. Sua estrutura fatorial já foi determinada (Paine & Sichieri, 1995) e sua validade externa já foi demonstrada através de intercorrelações com outras medidas de comportamentos relacionados com a saúde (Paine, 1995).

A auto-avaliação da saúde foi mensurada com a pergunta “Como você avalia a sua saúde neste momento?”, com quatro alternativas de resposta – ruim = 1, regular = 2, boa = 3, e excelente = 4. Depois de revisar 39 estudos, Ware, Davis-Avery e Donald (1978) concluíram que esta medida de auto-avaliação de saúde de um item é confiável e válida através das suas associações fortes com outras medidas de estado de saúde.

O entrevistador leu as instruções de cada escala para todos os sujeitos. As mulheres da classe média, então, leram os itens e indicaram suas respostas sozinhas. Para as empregadas domésticas e as mulheres que residiam em invasões foram lidos os itens e o entrevistador indicou as suas respostas. Os entrevistadores não tiveram conhecimento das hipóteses da pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra que as mulheres da classe média são menos tradicionais do que as mulheres residentes em invasões e as empregadas domésticas, e que as empregadas domésticas são menos tradicionais do que as mulheres que residem em invasões. As mulheres da classe média praticam mais comportamentos que promovem a saúde e avaliam a sua saúde como melhor do que as mulheres dos dois grupos de classe socioeconômica mais baixa. As empregadas domésticas relataram mais comportamentos que promovem a saúde e se consideraram mais sadias do que as mulheres que residem em invasões.

T A B E L A 1
A S M É D I A S E D E S V I O - P A D R Õ E S D A S V A R I Á V E I S E S T U D A D A S E M T R Ê S
C A M P O S S O C I O E C O N Ô M I C O S D E M U L H E R E S B R A S I L E I R A S

V a r i á v e l		G r u p o s S o c i o e c o n ô m i c o s		
		R e s i d e n t e s e m I n v a s õ e s (N = 1 4 2)	E m p r e g a d a s D o m é s t i c a s (N = 1 3 5)	C l a s s e M é d i a (N = 9 5)
A t i t u d e s o b r e o P a p e l d o G ê n e r o	M	3 5 , 1 7	2 2 , 1 4	2 1 , 0 9
	S D	5 , 3 4	3 , 5 2	4 , 3 2
C o m p o r t a m e n t o q u e P r o m o v e a S a ú d e	M	2 4 , 7 2	3 9 , 0 5	5 2 , 2 4
	S D	7 , 0 3	8 , 1 2	1 0 , 1 9
A u t o - a v a l i a ç ã o d e S a ú d e	M	1 , 8 9	2 , 6 3	3 , 2 0
	S D	0 , 4 6	0 , 5 1	0 , 7 1

A análise de trajetórias foi utilizada para examinar a associação de grupo socioeconômico com atitudes sobre o papel de gênero, e a associação destas duas variáveis uma com a outra, e de cada uma destas variáveis com a auto-avaliação de saúde. Os coeficientes resultados da análise de trajetórias foram obtidos de uma série de análises de regressão, executadas com o uso do SPSS para Windows. Estes coeficientes são valores beta e indicam o efeito causal direto de uma variável na outra variável. A partir destes coeficientes resultados da análise de trajetórias e dos coeficientes de correlação bivariada, é possível saber os efeitos indiretos e não causais de uma variável na outra, como mostra a Tabela 2.

O grupo socioeconômico teve um efeito muito significativo nas atitudes sobre o papel de gênero. Quarenta e dois por cento da variância em atitudes foi explicado pelo grupo socioeconômico a qual as mulheres pertenciam. O grupo socioeconômico foi fortemente relacionado às práticas que promovem a saúde, e explicou

49% da variância nestes comportamentos. Embora que o grupo socioeconômico teve uma considerável associação bivariada com a auto-avaliação de saúde (0,51), apenas uma fração desta (0,19) representou o efeito direto do grupo socioeconômico na auto-avaliação de saúde. O que então explicou o restante da correlação bivariada de grupo socioeconômico com auto-avaliação de saúde?

TABELA 2
DECOMPOSIÇÃO DA VARIÂNCIA PELO MODELO DA AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE (N=372)

Associação Bivariada	Covariância Total (A)	Causal			Não Causal (E=A – D)
		Direta (B)	Indireta (C)	Total (D=B+C)	
Atitudes sobre o Papel de Gênero e Grupo Socioeconômico	- 0,65**	- 0,65**	Nenhum	- 0,65**	Nenhum
Comportamento que Promove a Saúde:					
Atitudes sobre o Papel de Gênero	-0,34**	-0,27**	Nenhum	-0,27**	-0,07
Grupo Socioeconômico	0,72**	0,54**	0,18**	0,72**	Nenhum
Auto-avaliação de Saúde					
Comportamento que Promove a Saúde	0,39**	0,26**	Nenhum	0,26**	0,13**
Atitudes sobre o Papel do Gênero	- 0,42**	- 0,21**	- 0,07	- 0,28**	- 0,14**
Grupo Socioeconômico	0,51**	0,19**	0,51**	0,51**	Nenhum

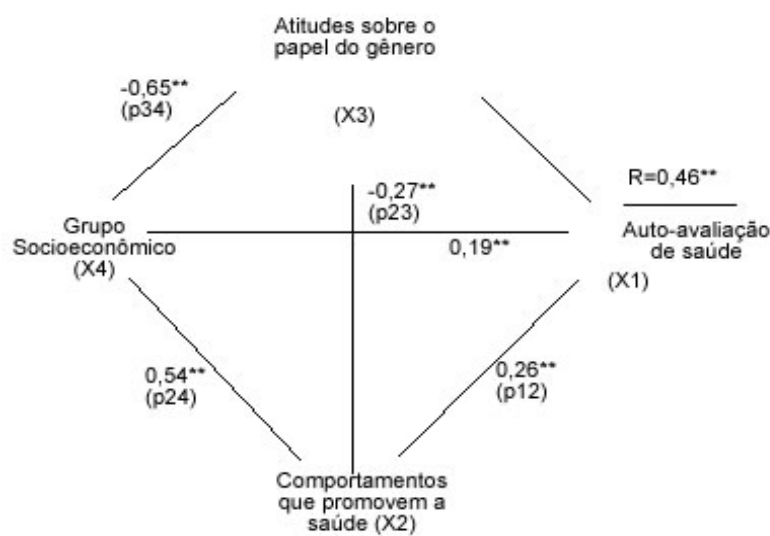
**p £ 0,01

***p £ 0,001

O restante da variância na auto-avaliação de saúde associado com o grupo socioeconômico foi indireto como mostra a coluna C da Tabela 2. A variância causal indireta do grupo socioeconômico com a auto-avaliação de saúde é igual a 0,32. Foi confirmado que o grupo socioeconômico também teve um efeito indireto significativo nos comportamentos que promovem a saúde (0,18), e que isso se deu através das atitudes sobre o papel de gênero, como mostra a Figura 1. Baseado no modelo da Figura 1, pode-se concluir que a maior parte da variância em grupo socioeconômico associado com a auto-avaliação foi mediada diretamente pelos comportamentos que promovem a saúde e pelas atitudes sobre o papel de gênero, e também pela associação do grupo socioeconômico com os

comportamentos que promovem a saúde, via as atitudes sobre o papel de gênero. O modelo como um todo explicou 21% ($R^2 = 0,21$) da variância na auto-avaliação da saúde no caso das 372 mulheres estudadas.

FIGURA 1. MODELO DEMONSTRANDO OS EFEITOS DIRETOS DA CLASSE SOCIOECONÔMICA, ATITUDES RELACIONADAS COM O PAPEL DE GÊNERO E COMPORTAMENTOS QUE PROMOVEM A SAÚDE NA AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE EM MULHERES.



$^{**}p \leq 0.001$

DISCUSSÃO

A estrutura social mensurada em três grupos sócio-econômicos afetou significativamente as atitudes relacionadas ao papel de gênero no sentido de que as mulheres de classe média apresentaram as atitudes menos tradicionais e as mulheres pobres que moravam em invasões as atitudes mais conservadoras em relação ao papel e o comportamento da mulher. As empregadas domésticas que residam permanentemente nas casas da classe média se mostraram menos tradicionais do que as residentes em invasões. Uma interpretação poderia ser a de que as empregadas estão numa fase de evolução sociocultural, caracterizada por uma identificação com suas patroas da classe média e uma adoção dos seus valores e atitudes. A importância do lugar de trabalho na mudança do papel da mulher já foi demonstrado em outros países Latino-Americanos (Almeida Acosta & Sanchez de Almeida, 1983).

Embora alguns autores tenham postulado que na medida que as mulheres se tornam menos tradicionais, elas passam a adotar comportamentos relacionados com a saúde mais arriscados e estereotipicamente masculinos, tais como fumar e beber bebidas alcóolicas (Biener, 1987), esta especulação não foi comprovada no hemisfério norte (Wilsnack, Kalssen, Sher & Wilsnack, 1991; Waldron & Lye, 1990),

nem no Brasil. Ao contrário, o presente estudo evidenciou que as atitudes menos tradicionais apresentam-se positivamente relacionadas às práticas favoráveis à saúde, o que inclui menos fumo e bebidas alcóolicas. Este achado complementa uma pesquisa anterior que mostrou que as mulheres americanas com orientações de gênero menos femininas demonstraram mais comportamentos que promovem a saúde do que aquelas mulheres com atitudes mais tradicionalmente femininas (Shifren, Bauserman & Carter, 1993). Tem sido verificado ainda que quanto mais tradicionais são os homens americanos em suas atitudes, mais eles demonstram comportamentos que favorecem a saúde (Fisher, Ransom, Terry & Burge, 1992). Tais resultados são coerentes com nossos achados, na medida que verificou-se que são as mulheres que se tornam menos tradicionais nas suas atitudes sobre o papel de gênero, que começam a valorizar os mesmos comportamentos de independência valorizados pelos homens com atitudes tradicionais. Esta orientação mais confiante e assertiva aparentemente favorece o comportamento que promove a saúde. Nas mulheres estudadas aqui, as atitudes menos tradicionais, se evidenciaram apenas no fator independência psicológica, o qual provavelmente reflete sentimentos de maior auto-eficácia, conceito freqüentemente associado aos comportamentos que promovem a saúde (Gecas, 1989; Grembowski, Patrick, Diehr, Durham & Beresford, 1993; Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromberg, 1990).

As atitudes tradicionais sobre o papel de gênero se apresentaram direta e negativamente associadas à auto-avaliação de saúde. Embora que esta relação direta explique apenas 4% da variância na autoavaliação de saúde, este achado reforça a pesquisa de Wech (1983), demonstrando que uma orientação menos tradicionalmente feminina sobre o papel de gênero está associada a menos problemas de saúde. A autopercepção de possuir uma saúde melhor é mais compatível com uma orientação menos tradicional, na qual as mulheres são mais ativas e capazes. Na presente pesquisa, as mulheres que relataram mais comportamentos que promovem a saúde, consideraram-se melhor de saúde, corroborando os resultados de investigações em outros países (Mechanic & Cleary, 1980; Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromberg, 1990). O comportamento explicou aproximadamente 7% da variância em saúde.

Através do uso da análise de trajetórias, foi demonstrado que os efeitos da estrutura social na saúde são via as atitudes e comportamentos. Este achado sustenta a hipótese de Williams (1990), de que os comportamentos e atitudes são os elos entre classe socioeconômica e saúde. Os hábitos, as crenças e os sentimentos de um grupo social determinam seu estilo de vida, que por sua vez contribui mais para as doenças crônicas, tal como as cardiovasculares, do que para as doenças agudas. Isto significa que a associação entre saúde e situação socioeconômica poderia aumentar na medida em que doenças crônicas venham a responder cada vez mais pela morbidade.

Como foi previsto, baseado em estudos em outras culturas (Cockerham, Kunz, Leuschen & Spaeth, 1986), verificou-se uma associação positiva entre a melhora na situação socioeconômica e a freqüência dos comportamentos que promovem a saúde. As diferenças no processo de socialização entre as classes tem sido invocadas para explicar esta associação (Kramer & Siegrist, 1973; Siegrist & Bertram, 1973). No presente estudo, as mulheres de grupos sociais diferentes variaram nas suas atitudes sobre o papel de gênero, que também resultam do processo de socialização, e estas atitudes afetaram o comportamento relacionado à saúde.

Segundo Thomas (1994), as diferenças de saúde entre os grupos privilegiados e carentes podem ser atribuídas à deprivação social provocada por desigualdades. Ser pobre e mulher num país em desenvolvimento com tradições machistas, é receber uma dupla dose de injustiça. Isso é refletido nas atitudes tradicionais sobre o papel de gênero, mantidas pelas mulheres brasileiras na camada mais baixa da sociedade, aquelas que residem em invasões. Na medida que estas mulheres sobem na hierarquia social, suas atitudes se tornam menos tradicionais e elas praticam mais comportamentos que promovem a saúde.

NOTAS

*Doutora em Psicologia pela University of South Africa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, E. Almeida; ALMEIDA, M. E. Sanches de. Psychological factors affecting change in women's roles and status: a cross-cultural study. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 18, p. 3-35, 1983.
- ANTONOVSKY, A. Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 45, p. 31-73, 1967.
- BERKMAN, L.F.; BRESLOW, L. *Health and ways of living*. New York, NY: Oxford University Press, 1983.
- BIENER, L. Gender differences in the use of substances for coping. In: BARNETT, R.; BIENER, L.; BARUCH. (Eds.). *Gender and stress*. New York: Free Press, 1987.
- COCKERHAM, W. et al. *Medical sociology*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- FISHER, L. et al. The California family health project: IV family structure/organization and adult health. *Family Processes*, v. 31, p. 399-419, 1992.
- GECAS, V. The social psychology of self-efficacy. *Annual Review of Sociology*, v. 15, p. 291-316, 1989.
- GREMBOWSKI, D. et al. Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 34, p. 89-104, 1993.
- KRAMER, A.; SIEGRIST, J. Soziale Schicht und Krankheitsverhalten: Eine Kontrollstudie. In: ENTE, H.; POHLMEIER, H. (Eds.). *Psychosoziale Rehabilitation*. Stuttgart: Hippokrates, 1973.
- LAURENT, R. *Morbidade e mortalidade feminina*. In: *Quando o paciente é mulher*. Brasília: Ministério da Justiça, 1989.
- LEE, R. E.; SCHNEIDER, R. F. Hypertension and arteriosclerosis in executive and non executive personnel. *JAMA*, v. 167, p. 1447-1450, 1958.
- MARMOT, M. G. et al. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 32, p. 244-249, 1978.
- MECHANIC, D.; CLEARY, P. D. Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, v. 9, p. 805-814, 1980.
- PAINE, P. Avaliação de fatores que prevêm os comportamentos que protegem a saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 3., 1995, Salvador.
- _____. Locus de controle: um determinante do uso de contracepção em dois grupos sociais. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 4., 1994, Recife.
- _____; PASQUALI, L.; RIBEIRO, C. A. B. Cognitive and value correlates of health-related behavior in Brazilian middle class women. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 28, p. 516-536, 1998.
- _____. et al. Explaining fertility in urban-dwelling Brazilian women: Importance of traditional sex-role attitudes and religious orthodoxy. *Psychological Reports*, v. 71, p. 559-567, 1992.
- _____.; SICHIERI, R. Grupos de comportamentos associados à saúde entre mulheres adultas de classe média. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 3., 1995, Salvador.
- PENDER, N.J. et al. Predicting health promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, v. 39, p. 326-332, 1990.
- POWELL, B.; REZNIKOFF, M. Role conflict and symptoms of psychological stress in college educated women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 44, p. 473-479, 1976.

SHIFREN, K., BAUSERMAN, R.; CARTER, D.B. Gender role orientation and physical health. *Sex Roles*, v. 29, p. 421-432, 1993.

SIEGRIST, J.; BERTRAM, H. Schichtspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens. *Soziale Welt*, v. 20/21, p. 206-218, 1970/71.

SYME, S. L.; BERKMAN, L. F. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, v. 104, p. 1-8, 1976.

THOMAS, V.G. Using feminist and social structural analysis to focus on the health of poor women. *Women & Health*, v. 22, p. 1-15, 1994.

WALDRON, I.; LYE, D. Relationships between teenage smoking and attitudes toward women's rights, sex roles, marriage, sex and family. *Women & Health*, v. 16, p. 23-46, 1990.

WARE, J.C., DAVIS-AVERY, A.; DONALD, C.A. *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: general health perceptions*. Santa Monica: The Rand Corporation, 1978.

WECH, B.A. Sex role orientation, stress, and subsequent health status demonstrated by two scoring procedures for Bem's scale. *Psychological Reports*, v. 52, p. 69-70, 1983.

WILLIAMS, D.R. Socioeconomic differentials in health: a review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, v. 53, p. 81-99, 1990.

WILSNACK, S.; KALSSSEN, A.; SHER, B.; WILSNACK, R. Predicting onset and chronicity of women's problem drinking during a five-year longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*, v. 81, p. 305-318, 1991.

WOODS, N. et al. Being healthy: women's images. *Advances in Nursing Science*, v. 11, p. 36-46, 1988.

ABSTRACT

The aim of this paper was to investigate the association between gender role attitudes and perceived health status. Ninety-five middle-class women, 135 domestic servants, and 142 slum inhabitants between 25 and 45 years of age were studied. Path analysis showed that socioeconomic group affected perceived health status indirectly via gender role attitudes and health-related behaviors.

KEYWORDS:

Attitudes, Gender role, Perceived health status.